

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Jacques Sochaczewski

**POLÍTICA SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL:
O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A SEGURIDADE SOCIAL**

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE

NITERÓI, RJ
2014

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

**POLÍTICA SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL:
O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A SEGURIDADE SOCIAL**

Tese apresentada pelo aluno Jacques Sochaczewski como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Política Social.

Área de Concentração:
Avaliação de Políticas Sociais

Linha de Pesquisa:
Avaliação de políticas
de seguridade social

Orientadora:
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

NITERÓI-RJ
FEVEREIRO/2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

S678 Sochaczewski, Jacques.
Política social para idosos no Brasil: o Benefício de Prestação
Continuada e a seguridade social / Jacques Sochaczewski. – 2013.
206 f.
Orientador: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato.
Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal
Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.
Bibliografia: f. 149-153.

1. Política social. 2. Seguridade social. 3. Assistência social.
4. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. I. Lobato,
Lenaura de Vasconcelos Costa. II. Universidade Federal Fluminense.
Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 362.63

JACQUES SOCHACZEWSKI

**POLÍTICA SOCIAL PARA IDOSOS NO BRASIL:
O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A SEGURIDADE SOCIAL**

Aprovado em: 27 de Fevereiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Sandra Aparecida Venancio de Siqueira - Examinadora
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Profa. Dra. Fatima Valeria Souza - Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profa. Dra. Miriam Fátima Reis - Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Profa. Dra. Monica de Castro Maia Senna - Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Niterói – RJ
2014

AGRADECIMENTOS

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da UFF, pela colaboração e pelo aprendizado que tornaram possível.

A Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, pela paciência, incentivo e atenção na orientação desta Tese.

Aos colegas do grupo de pesquisa, professores e alunos, pelo trabalho conjunto e colaborativo que resultou em nossa pesquisa.

Aos profissionais e aos usuários entrevistados, que nos permitiram realizar a pesquisa em si. Esperamos que os resultados sejam úteis.

À Capes, pela ajuda na realização do curso.

Aos amigos, colegas e família, com os quais compartilho trabalho, diversão, preocupações, festejos, broncas, filosofias. Enfim, a todos os que fazem parte de minha vida, com desculpas dirigidas especialmente aos que precisavam mais de mim enquanto eu fazia a Tese.

Um agradecimento especial a minha mãe e, em memória, a meu pai, aos quais dedico este trabalho.

RESUMO

A presente Tese objetiva analisar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), política pública brasileira *não-contributiva* de transferência de renda para pessoas pobres com deficiência ou idosas, bem como suas interações com a política de assistência social e a seguridade social. Para tanto, partimos do entendimento geral de questões histórico-conceituais sobre o desenvolvimento da proteção social até a conformação da política social e seus estudos, seguidos de uma análise da situação brasileira; então, através de pesquisa, buscamos avaliar a incorporação do BPC pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em uma amostra de 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. O estudo revelou avanços na política de assistência como um todo e também na configuração do BPC, no sentido da ampliação do acesso, principalmente depois da conformação da Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social. Contudo, a não efetivação da seguridade social prevista na Constituição de 1988 reduz as condições efetivas para que se garanta a proteção social dos beneficiários, o que depende da formulação de mais políticas específicas e, principalmente, da garantia de direitos e serviços que extrapolam a área da assistência social.

Palavras-chave: Política Social, Seguridade Social, Política de Assistência Social, Benefício de Prestação Continuada (BPC).

ABSTRACT

This Thesis aims to analyze the Continuous Cash Benefit (BPC - Benefício de Prestação Continuada), a non-contributory Brazilian public policy of income transfer to the poor disabled and elderly, as well their interactions with the policy of social assistance and social security. The starting point was the general understanding of historical and conceptual issues about the development of social protection to the shaping of social policy and their studies, followed by an analysis of the Brazilian situation; then, through research, we sought to evaluate the incorporation of BPC by the Sistema Único de Assistência Social (SUAS - Single System of Social Assistance) in a sample of 21 municipalities in Rio de Janeiro state, Brazil. The study revealed advances in social assistance policy as a whole, and also in the BPC configuration towards expanding access, especially after the conformation of the National Social Assistance Policy (Política Nacional de Assistência Social) and the Single System of Social Assistance. However, the lack of social security, as planned in the 1988 Constitution, reduces the effectiveness of their social protection, which depends on developing more specific policies and especially on to guarantee rights and services that go beyond social assistance.

Keywords: *Social Policy, Social Security, Social Assistance Policy, Continuous Cash Benefit (BPC).*

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

GRÁFICO 1. EVOLUÇÃO DO BPC-IDOSO 1995-2010 E PROJEÇÃO 2004-2005 SEM O IMPACTO ATRIBUÍDO AO ESTATUTO DO IDOSO	76
GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E POR SEXO DA POPULAÇÃO DO BRASIL E DO RIO DE JANEIRO – CENSOS DE 2000 E 2010 E PROJEÇÃO PARA 2030.....	82
QUADRO 1. VISÃO GERAL DAS TIPOLOGIAS DE WELFARE STATES	38
QUADRO 2. SÍNTESE METODOLÓGICA DA PESQUISA BPC-FAPERJ.....	87
QUADRO 3. BPC/LOAS - BENEFÍCIOS ATIVOS EM 2010 - RJ - MUNICÍPIOS COM GESTÃO PLENA RJ ORDENADOS POR REGIÃO E INDICAÇÃO DA AMOSTRA SELECIONADA	90
QUADRO 4. COMPONENTES DAS ENTREVISTAS SEGUNDO GRUPOS A SEREM ENTREVISTADOS	91
QUADRO 5. DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES PARA ELABORAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS	92
TABELA 1. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VALORES TRANSFERIDOS PELO BPC NO BRASIL - 2004 A 2010	77
TABELA 2. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VALORES TRANSFERIDOS PELO BPC NO RJ - 2004 A 2010.....	77
TABELA 3. VARIAÇÃO PERCENTUAL NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS NO BRASIL E NO RJ – 2004 A 2010.....	77
TABELA 4. NÚMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS POR TIPO E POR MUNICÍPIO (em ordem alfabética).....	93
B 1. Situação do Entrevistado.....	100
B 2. Idade do Beneficiário	100
B 3. Sexo do beneficiário.....	101
B 4. Raça/Cor do Beneficiário	101
B 5. Estado civil do beneficiário.....	101
B 6. Escolaridade do Beneficiário	101
B 7. Há quanto tempo o beneficiário recebe o BPC?.....	102
B 8. O beneficiário recebe outros benefícios de renda?.....	102
B 9. Quais outros benefícios de renda o beneficiário recebe?.....	102
B 10. O beneficiário exerce ou exerceu trabalho?.....	102
B 11. Tipo de ocupação que exerce ou exerceu o beneficiário	102
B 12. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - BENEFICIÁRIOS	106
B 13. Como o beneficiário (ou a pessoa que deu entrada no benefício em seu nome) tomou conhecimento do BPC.....	107
B 14. Quem ajudou o beneficiário a dar entrada no benefício?	107
B 15. Quem ajudou o beneficiário a acompanhar o processo?.....	108
B 16. Houve algum problema para o beneficiário começar a receber o BPC?.....	108
B 17. Problemas para o beneficiário começar a receber o BPC	108
B 18. Quem ajudou o beneficiário a resolver o problema?	108
B 19. Tempo entre a entrada do pedido para o BPC e o recebimento da resposta com o resultado positivo	109
B 20. Opinião sobre o atendimento prestado pela agência do INSS	109
B 21. O beneficiário frequenta alguma associação ou grupo em sua comunidade/bairro?	109

B 22. Quais associações ou grupos o beneficiário frequenta em sua comunidade/bairro?	109
B 23. Gostaria de frequentar uma dessas associações ou grupos em sua comunidade/bairro?	110
B 24. Por que não frequenta uma dessas associações ou grupos em sua comunidade/bairro?	110
B 25. Recebe algum tipo de apoio/ajuda de associação/grupo da sua Comunidade, Família e Vizinhaça?.....	110
B 26. Ajuda recebida de associação/grupo da sua comunidade/bairro pelo beneficiário	111
B 27. Apoio recebido da família pelo beneficiário	111
B 28. Apoio recebido da vizinhaça pelo beneficiário	111
B 29. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança no apoio recebido de seus vizinhos?.....	112
B 30. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança no apoio recebido dos familiares?	112
B 31. Mudanças percebidas, após o recebimento do BPC, no apoio recebido dos familiares.....	112
B 32. Que serviços públicos o beneficiário usa?	112
B 33. Quais serviços públicos o beneficiário precisaria usar o não usa?	112
B 34. Por que o beneficiário não usa os serviços públicos assinalados?	113
B 35. Opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde	114
B 36. Opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelos CRAS.....	114
B 37. Nos serviços públicos de sua comunidade existe algum tipo de apoio para idoso?.....	114
B 38. Nome dos serviços públicos de sua comunidade para apoio ao idoso	115
B 39. O beneficiário usa ou já usou os serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas?	115
B 40. Opinião sobre a qualidade dos serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas	115
B 41. Por que não usa os serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas?	115
B 42. Existe alguma necessidade do beneficiário que não é atendida pelos serviços públicos?	115
B 43. Necessidades do beneficiário que não são atendidas pelos serviços públicos	115
B 44. Atividades cotidianas que o beneficiário considera difíceis	115
B 45. Opinião sobre como melhorar a situação dos beneficiários do BPC	116
B 46. O beneficiário já passou por alguma revisão do BPC?	121
B 47. Alguma coisa mudou para o beneficiário depois da revisão do BPC?	121
B 48. O beneficiário já recebeu a visita de um assistente social em casa?	122
B 49. Qual era o objetivo da visita da/o assistente social?	122
B 50. Alguma coisa mudou depois da visita de um assistente social que o beneficiário recebeu em casa?	122
B 51. O que mudou depois da visita de um assistente social que o beneficiário recebeu em casa?.....	122
B 52. O beneficiário conhece ou já ouviu falar do CRAS?	122
B 53. Como o beneficiário conheceu ou soube do CRAS?	122
B 54. O beneficiário frequenta ou já frequentou o CRAS?.....	123
B 55. Para que o beneficiário frequenta ou já frequentou o CRAS?.....	123
B 56. Opinião do beneficiário sobre o atendimento do CRAS.....	123
B 57. O beneficiário (ou seu representante) considera que o BPC é:.....	124
B 58. Mudanças ocorridas na vida dos beneficiários após recebimento do BPC	124
B 59. Houve mudança no respeito das pessoas em geral após recebimento do BPC?	124
B 60. Depois do BPC, ficou mais fácil tomar decisões no dia-a-dia?	124
B 61. Considera o valor do benefício suficiente para suprir as necessidades do beneficiário?	124

G 1. Profissão do Gestor entrevistado	103
G 2. Raça do Gestor	103
G 3. Idade do Gestor.....	103
G 4. Tempo de gestão em meses do Gestor	103
G 5. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - GESTORES	106
G 6. Utilização de recursos da Assistência Social pelos serviços para idosos e pcd em geral.....	114
G 7. Serviços que a secretaria de assistência social deveria criar para beneficiários do BPC segundo GESTORES	117
G 8. Dificuldades Técnicas da prefeitura para desenvolver serviços específicos para beneficiários do BPC segundo GESTORES	118
G 9. Dificuldades Políticas da prefeitura para desenvolver serviços específicos para os beneficiários do BPC segundo GESTORES	118
G 10. Ações/Serviços próprios da assistência que deveriam ser criados segundo GESTORES	118
G 11. Existência de Parcerias formais da secretaria de assistência com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd segundo GESTORES	118
G 12. Importância para a secretaria de assistência de desenvolver parcerias formais com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd, segundo GESTORES	119
G 13. Dificuldades para realizar essas parcerias formais com outros municípios para implementar serviços para idosos e pcd segundo GESTORES.....	119
G 14. Dificuldades Técnicas da secretaria de assistência para realizar parcerias formais com outros municípios para implementar serviços de atendimento a idosos e pcd segundo GESTORES	119
G 15. Dificuldades Políticas da secretaria de assistência para realizar parcerias formais com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd segundo GESTORES	119
G 16. Mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC existentes na secretaria de assistência segundo GESTORES	125
G 17. Papel da secretaria de assistência em relação ao BPC segundo GESTORES.....	127
G 18. Planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC	129
G 19. Documentos em que estão formalizados os planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto ao BPC segundo GESTORES	130
G 20. Participantes da discussão dos planos e projetos da secretaria de assistência	130
G 21. Papel do CRAS na assistência aos beneficiários do BPC, segundo GESTORES.....	131
G 22. Motivos pelos quais os CRAS NÃO vêm desempenhando seu papel (identificado pelo Gestor) na assistência aos beneficiários do BPC	132
G 23. Benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS segundo GESTORES.....	136
G 24. Limitações no SUAS segundo GESTORES	137
C 1. Profissão do Profissional entrevistado	104
C 2. Vínculo trabalhista do Profissional respondente com a assistência social do município	104
C 3. Sexo do Profissional respondente.....	105
C 4. Raça/Cor do Profissional respondente	105
C 5. Tempo de gestão em meses do Profissional respondente	105
C 6. Idade do Profissional respondente	105
C 7. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - CRAS	106
C 8. Existência de serviços dirigidos a idosos ou pcd	113
C 9. Serviços que a secretaria de assistência deveria criar para beneficiários do BPC segundo CRAS.....	117
C 10. Mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC existentes no CRAS segundo CRAS.....	126

C 11. Papel da secretaria de assistência em relação ao BPC segundo CRAS.....	127
C 12. Dificuldades Técnicas da secretaria de assistência para desempenhar seu papel em relação do BPC , identificadas pelos CRAS.....	128
C 13. Dificuldades Políticas da secretaria de assistência para desempenhar seu papel em relação do BPC, identificadas pelos CRAS.....	128
C 14. Papel do CRAS na assistência aos beneficiários do BPC, segundo CRAS.....	131
C 15. Motivos pelos quais os CRAS NÃO vêm desempenhando seu papel (identificado pelo Profissional) na assistência aos beneficiários do BPC.....	132
C 16. Existência de planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC.....	132
C 17. Planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC	133
C 18. Existência de documento formalizando os planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC	133
C 19. Documento em que estão formalizados os planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC	133
C 20. Participantes da discussão dos planos e projetos do CRAS	133
C 21. Benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS segundo CRAS....	136
C 22. Limitações no SUAS segundo CRAS.....	137
G-C 1. Tipo dos serviços oferecidos pelos CRAS ao segmento Idoso.....	113
G-C 2. Existência de cobertura para beneficiários do BPC nos serviços para idosos e pcd em geral	114
G-C 3. Avaliação dos serviços	117
G-C 4. Benefícios existentes para Beneficiários do BPC - Frequências	120
G-C 5. Benefícios existentes para Beneficiários do BPC - Percentuais.....	120
G-C 6. Utilização das informações sobre o BPC para identificar necessidades de idosos e pcd	125
G-C 7. Utilização das informações do CadUnico para identificar necessidades de idoso e pcd.....	125
G-C 8. Conceito do respondente sobre os mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC.....	126
G-C 9. Desempenho da secretaria de assistência de seu papel junto ao BPC.....	127
G-C 10. Motivos pelos quais a secretaria não vem desempenhando seu papel em relação ao BPC.....	128
G-C 11. Existência de documento formal com os planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto ao BPC segundo GESTORES e CRAS.....	129
G-C 12. O CRAS cumpre o papel identificado pelo Profissional na assistência aos beneficiários do BPC?.....	131
G-C 13. Papel do nível estadual na implementação do BPC	134
G-C 14. Desempenho ou não pelo Governo do Estado do RJ dos papéis identificados	134
G-C 15. Motivos de o Governo do Estado do RJ não desempenhar seu papel na implementação do BPC	135
G-C 16. Dificuldades Técnicas do Governo do Estado do RJ para desempenhar seu papel na implementação do BPC	135
G-C 17. Dificuldade Política do Governo do Estado do RJ para desempenhar seu papel na implementação do BPC	135
G-C 18. Existência de benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS.....	136
G-C 19. Existência de limitações do SUAS	137
G-C 20. Avaliação do desempenho do município na implementação do SUAS	137

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEME	Central de Medicamentos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
COEGEMAS	Colegiados Estaduais de Gestores Municipais de Assistência Social
CONGEMAS	Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DEM	Partido Democratas
EEUU	Estados Unidos da América
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNRURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGD-SUAS	Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PBF	Programa Bolsa Família
PC DO B	Partido Comunista do Brasil
PET	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PFL	Partido da Frente Liberal
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PL	Projeto de Lei
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMAS	Plano Municipal de Assistência Social
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPA	Plano Plurianual
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PT	Partido dos Trabalhadores
RFPC	Renda Familiar Per Capita
RMV	Renda Mínima Vitalícia
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizado Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNDP	United Nations Development Programme

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
1. A proteção social e o bem-estar na velhice e pobreza	6
1.1. Proteção Social: conceito e evolução	6
1.1.1. Política Social e organização do bem-estar	12
1.2. Os Estados de Bem-Estar Social	16
1.2.1. Raízes históricas dos Welfare States	16
1.2.2. Organização dos Estados de Bem-Estar Social.....	18
1.3. Políticas sociais pós-industriais	25
1.3.1. Crise e transformação do welfare state	25
1.3.2. Novos riscos sociais	28
1.3.2. Envelhecimento e proteção social	33
2 O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA.....	40
2.1 1930: os direitos sociais sob a cidadania regulada	40
2.2 1988: a responsabilidade estatal sobre a cidadania plena	53
2.2.1 Dilemas da seguridade social.....	53
2.2.2 Desenvolvimento da política de assistência social e do BPC.....	60
2.2.2.1 Contextualização atual do Benefício	74
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	85
3.1 Preparação da Pesquisa	85
3.1.1 Revisão da literatura	87
3.1.2 Organização de dados secundários.....	88
3.1.3 Elaboração dos questionários	91
3.2 Pesquisa de Campo.....	95
3.2.1 Observações sobre as Entrevistas	95
3.2.2 Tratamento dos Dados	96
4 RESULTADOS ENCONTRADOS E ANÁLISE.....	99
4.1 Perfis dos entrevistados.....	100
4.1.1 Beneficiários	100
4.1.2 Gestores.....	102
4.1.3. CRAS	104
4.2 Acesso ao benefício.....	105
4.3 Participação comunitária	109
4.4 Proteção Social.....	110
4.4.1 Comunidade, família e vizinhança - respostas de Beneficiários	110
4.4.2 Rede de serviços e benefícios	112
4.5 Assistência Social e SUAS	121
4.5.1 Revisão do BPC.....	121
4.5.2 SUAS	122
4.6 Percepção sobre o BPC	123
4.7 Gestão da informação sobre o BPC.....	125
4.8 Papel da Assistência Social no BPC	127
4.8.1 Papel da secretaria de assistência social	127
4.8.2 Papel do CRAS	131
4.9 Papel do governo estadual.....	134
4.10 Avaliação do SUAS.....	136

5 SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	138
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	150
ANEXO I - QUESTIONÁRIO BENEFICIÁRIOS	
ANEXO II - QUESTIONÁRIO COORDENADORES DE CRAS	
ANEXO III - QUESTIONÁRIO GESTORES	
ANEXO IV - MODELO DA CARTA DE APRESENTAÇÃO	
ANEXO V - MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO	

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada representa uma transferência regular de renda para pessoas pobres que sejam também idosas ou com deficiências consideradas incapacitantes para o trabalho. Sua conformação é a de um benefício assistencial, focalizado, e estabelecido como garantia constitucional de pagamento “de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1998, Art. 203); foi regulamentado em sua forma inicial pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de 1993 (atualizada em 2011 pela Lei 12.435), e pelo Decreto n.º 1.744, de 1995, como integrante do SUAS – este implementado em 2005, conforme determinações da LOAS e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) –, e tem a operacionalização do reconhecimento do direito feita pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

O BPC utiliza critérios de acesso que incluem a pobreza (a renda do postulante ao benefício deve ser de no máximo um quarto do salário mínimo per capita familiar) e a seletividade para idosos e pessoas com deficiência, e não exige contribuição prévia nos moldes do seguro social, sendo, por isso, classificado como benefício não contributivo. A literatura adotou o adjetivo “não contributivo” para o tipo de políticas e programas de proteção social que não dependem de contraprestação direta anterior do próprio beneficiado, termo que pode escamotear a realidade de que esse recurso provém da arrecadação de impostos que todo cidadão paga. Em que pese nosso questionamento, utilizaremos o termo, devido à sua adoção generalizada tanto em estudos quanto em documentação.

Diversas políticas públicas que vêm sendo implementadas desde o primeiro governo Lula (iniciado em 2003) tornaram-se possíveis a partir da inclusão da assistência social na seguridade social¹, que, segundo Sposati, foi uma decisão plenamente inovadora, inaugurando a ideia de uma proteção social não contributiva em substituição ao que ela chamou de Estado de Bem Estar Ocupacional, no qual o bem-estar limita-se às pessoas *cadastradas* ou *filiadas* (termos utilizados por Robert Castel) através do vínculo profissional.

A pesquisa envolve levantamento bibliográfico e desenvolvimento teórico sobre o caminho percorrido pela proteção social até sua formalização em políticas organizadas pelo

¹ Na Constituição Federal de 1988.

Estado, desde as primeiras formulações de leis destinadas a dar algum tratamento à pobreza e à mendicância até a estruturação de sistemas de seguridade envolvendo o seguro social, saúde, educação e assistência, entre outras políticas socioassistenciais, passando pela estruturação dos Estados Sociais e as atuais formulações da política social pós-welfare state; pretendemos descrever o papel do BPC na política pública brasileira a partir de sua inserção no desenvolvimento da proteção social no país, analisando questões de focalização, seletividade e seus desafios de institucionalidade; e avaliar, a partir de uma pesquisa de campo, a relação BPC-Assistência Social. Através do BPC, pretende-se ainda avaliar sua absorção pelo SUAS enquanto política da assistência social, o que inclui o reconhecimento desse vínculo pela população beneficiada.

O BPC, inovador enquanto iniciativa inédita de transferir renda a não segurados, surgiu na esteira da mobilização constituinte e da discussão internacional e nacional sobre “renda mínima” ou “renda básica”. Diferentemente da proposta universal de destinar um benefício básico a todo cidadão, independentemente de sua renda, o BPC representou uma opção focalizada numa parcela menor da população, vulnerável por ser idosa (ou com deficiência tipificada) e pobre. Em termos de benefício e da realidade brasileira, entretanto, tem (comparativamente a outros benefícios e ao valor do salário mínimo da PEA) um valor alto para um benefício da assistência social. Tendo-se optado por um benefício nesse valor, mas focalizado, consideramos a relevância desta pesquisa na avaliação da efetividade do BPC em promover, por si só, algum nível de inclusão socioeconômica para seus beneficiários.

Acreditamos que o BPC precisa funcionar e ser avaliado no contexto da **seguridade**, e não por sua característica operacional de transferência de renda – devendo esta se inserir num padrão intersetorial de políticas garantidoras de acesso aos direitos de cidadania da velhice pobre. Isso significa entender as políticas sociais brasileiras recentes não apenas no ciclo de reformas que deu origem a elas, o da mobilização democrática dos anos 1980, mas no ciclo da contrarreforma caracterizado por Behring (2003), quando, na segunda metade dos anos 1990, fortalecia-se a institucionalidade democrática e um ajuste econômico procurava dar conta da escassez de recursos públicos com limitação da capacidade de resposta do Estado às demandas na área social.

Boa parte da literatura sobre políticas sociais no Brasil tem salientado que, nas duas últimas décadas, alterações significativas têm sido introduzidas no formato organizacional do padrão de intervenção estatal no campo social. Ainda que as análises se diferenciem quanto às dimensões de abordagem da questão e aos rumos e efeitos produzidos por tais alterações, é consensual na literatura o reconhecimento de que mudanças importantes na estrutura do Estado e no padrão de intervenção pública

têm remodelado as políticas sociais brasileiras. (...) Diante desse quadro, o desenvolvimento de ações intersetoriais tem sido destacado como diretriz operacional de diversas políticas públicas de corte social. Os argumentos em defesa da intersectorialidade passam tanto pela necessidade de racionalizar e maximizar o uso dos recursos quanto pela busca de maior efetividade às ações desenvolvidas. (SENNA, 2013)

Entre as políticas de combate à fome e à pobreza do governo brasileiro, implementadas por programas do MDS, o BPC apresenta menor quantidade de estudos que o Programa Bolsa Família, possivelmente porque este atinge uma camada significativamente maior da população. Contudo, não menos vulnerável é a população atendida pelo BPC, especialmente considerando-se o grande risco social que os idosos representam no mundo como um todo. Importantes trabalhos de avaliação do benefício foram levados adiante pelo próprio MDS, a partir da publicação, em 2007, do estudo organizado por Jeni Vaitsman e Rômulo Paes-Sousa, que relatam ter encontrado uma situação em que “nenhum desses programas² apresentava qualquer linha de base, a partir da qual seus processos, resultados e impactos poderiam estar sendo monitorados e/ou avaliados”, sendo que “tampouco existiam informações sistematizadas a respeito da grande maioria dos programas” (VAITSMAN e PAES-SOUSA, 2007:14).

Neste quadro, esta pesquisa adquire importância diante da necessidade de somar conhecimento sobre a questão do BPC, enquanto único benefício estabelecido como garantia legal com corte especificamente voltado à velhice pobre existente no Brasil. A vulnerabilidade do público atendido imprime maior importância ao entendimento das intercorrências do Benefício com a proteção social desta camada.

As propostas da pesquisa estão estruturadas em quatro capítulos, conforme descrito a seguir.

O primeiro capítulo revisa conceitos sobre Proteção Social, Política Social e Estado de Bem-Estar Social, trazendo dados e questionamentos que venham embasar a análise proposta e nos permitam discutir sua repercussão na atual política social de transferência de renda para a população idosa. Também trabalha a terminologia utilizada em estudos acadêmicos em torno das expressões Questão Social, Bem-Estar, Política Social, Welfare State, entre outras, que representam diferentes estratificações da proteção social; e trata dos direitos de cidadania e da conformação dos Estados Sociais e da própria Assistência Social.

² “Ao ser constituído, em janeiro de 2004, reunindo o Ministério da Assistência Social, a Secretaria Executiva do Bolsa Família e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, o MDS tornou-se responsável por um conjunto de 21 programas em andamento, até então sob responsabilidade daqueles órgãos” (VAITSMAN e PAES-SOUSA, 2007:14).

Numa abordagem histórico-conceitual, a questão da proteção social foi organizada em três itens. O primeiro item trata de seu conceito e evolução histórica, da proteção social doméstica e grupal à sua organização na forma de política social a partir das primeiras legislações voltadas basicamente ao controle da população indigente. O segundo item enfoca o desembocar dessas políticas no chamado Estado de Bem-Estar Social, também focado em termos históricos e de suas tipologias mais difundidas pela literatura. O terceiro item aborda a crise do Welfare State e sua transformação a partir de uma economia pós-industrial que trouxe novos riscos, tais como os de envelhecimento da população, instabilidade familiar, desemprego em massa, insegurança do emprego, pobreza no trabalho e persistente e crescente desigualdade social (EUZEBY, 2012). Destes riscos, tratamos com maior ênfase da questão do envelhecimento, sua relação com a pobreza e a proteção social que se conforma para trabalhar a questão.

O segundo capítulo propõe-se a descrever a trajetória e os tipos da proteção social no Brasil, e sua expressão em termos de política pública não-contributiva para a população idosa, o BPC, tentando localizar a proteção brasileira diante dos sistemas mundiais predominantes descritos no primeiro capítulo, e como se comporta e comportou o Estado brasileiro comparativamente aos movimentos europeus do welfare state e à crise europeia atual do Estado Social. Valemo-nos de concepções de Wanderlei Guilherme dos Santos sobre cidadania regulada e o desenvolvimento desta noção por Sonia Fleury (1994), quanto à existência de uma cidadania invertida no Brasil, e quanto à oposição entre seguro e assistência subjacente à discussão do BPC.

Interessam-nos as inter-relações deste programa com o conjunto da política social e da política de assistência social brasileiras, bem como as intercorrências destas questões com a questão da velhice no país. Do geral ao particular, pretendemos contextualizar o BPC dentro da política social brasileira e sua cultura, preparando a análise de situações encontradas no Estado do Rio de Janeiro com a pesquisa de campo.

No estudo da proteção social brasileira, da seguridade social e do desenvolvimento da assistência social até sua conformação como direito e política pública, utilizamos textos de Aldaíza Sposati, Potiara Pereira, Maria Carmelita Iazbek, Elaine Behring, Ana Elizabete Mota, além de outros citados neste trabalho. Também relacionamos para estudo documentos do MDS e a legislação pertinente ao SUAS e ao BPC, com suas modificações, e textos do IPEA, entre outros.

A metodologia utilizada na pesquisa de campo consta do terceiro capítulo, no qual descrevemos os passos planejados e executados pelo grupo da pesquisa *Assistência Social e construção de direitos no Estado do Rio de Janeiro: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC*, de maior abrangência e realizada na Universidade Federal Fluminense com financiamento da FAPERJ e orientação geral da Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos Lobato (Lobato et al., 2013). Os dados utilizados na pesquisa desta tese são recortados da pesquisa maior.

O quarto capítulo aborda os resultados obtidos com os questionários, exibidos principalmente na forma de tabelas, num total de 127. Junto às tabelas, esses resultados são comentados e analisados. Tentamos correlacionar resultados dos três segmentos pesquisados – beneficiários, secretários de assistência social e profissionais de Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), porém evitamos fazê-lo quando isso tornaria mais difícil a compreensão.

A pesquisa mais ampla, da FAPERJ, também produziu entrevistas abertas com gestores estaduais e nacionais da Assistência Social, do BPC e do INSS. Pontualmente, partes destas entrevistas são utilizadas na ilustração de situações específicas, ao longo dos capítulos 2, 3, 4 e 5. No capítulo 5, apresentamos, junto com as tradicionais conclusões da pesquisa, também uma síntese dos resultados apresentados com mais detalhes no capítulo 4.

1. A PROTEÇÃO SOCIAL E O BEM-ESTAR NA VELHICE E POBREZA

1.1. Proteção Social: conceito e evolução

A concepção corrente do termo Proteção Social diz respeito às intervenções de caráter público e estatal que, enquanto ações isoladas ou sistêmicas, visam a proteger indivíduos que se encontrem em situação de risco ou privação social. Embora as primeiras ações de proteção social tenham se originado no âmbito da família e do grupo, ou seja, do privado e do coletivo, os processos de industrialização e urbanização – e conseqüente expansão das relações de trabalho assalariado – iniciados durante o século XIX tornaram mais complexas as relações sociais, e a própria necessidade de proteção teve sua natureza alterada na direção do reconhecimento da existência de uma “questão social”, que, ao ser enfrentada pelo capitalismo, foi dando origem à organização do que viria a ser chamado de Política Social.

Mecanismos de proteção social que até então cabiam às famílias, comunidades e ordens religiosas foram aos poucos institucionalizados, tornaram-se assunto de Estado. Efetivamente, as primeiras leis criadas objetivavam principalmente proteger o próprio Estado da reação da população socialmente excluída, punindo os considerados desordeiros e vagabundos. Segundo Pereira, o Estado assumiu um conjunto de regulações sociais “a partir da constatação de que a caridade cristã não dava conta de conter possíveis desordens que poderiam advir da lenta substituição da ordem feudal pela capitalista, seguida de generalizada miséria, desabrigos e epidemias” (PEREIRA, 2008:62). Só com a organização dessa nova camada proletária em classe trabalhadora, suas reivindicações de melhores condições de vida e trabalho resultam em incremento da proteção social.

No início da Revolução Industrial, especialmente na Inglaterra, mas também na França, vai ocorrer uma pauperização massiva dos primeiros trabalhadores das concentrações industriais. Sem dúvida, o empobrecimento desse primeiro proletariado, na Europa Ocidental, vai ser uma característica imediata do iniciante processo de industrialização e traz consigo um enorme custo social. Trata-se de uma superpopulação predominantemente urbana, flutuante, miserável, cortada de seus vínculos rurais, que mora precariamente em ruelas miseráveis enfrentando problemas de toda ordem (...). Nesse contexto, de grandes problemas urbanos, emergem novas formas de sociabilidade, resultantes da expansão de relações impessoais, da exploração intensiva da força de trabalho, da aceleração de seu tempo e ritmo, com a redução do período de repouso.

Aos poucos, esse primeiro proletariado vai se organizando como classe trabalhadora (em sindicatos e partidos proletários), como movimento operário, com

suas lutas, reivindicando e alcançando melhores condições de trabalho e proteção social. Através de sua ação organizada, os trabalhadores e suas famílias ascendem à esfera pública, colocando suas reivindicações na agenda política e colocando em evidência que a sua pobreza era resultante da forma de estruturação da emergente sociedade capitalista. As desigualdades sociais não apenas são reconhecidas, como reclamam a intervenção dos poderes políticos na regulação pública das condições de vida e trabalho desses trabalhadores. Nesse contexto, e com o desenvolvimento da industrialização e urbanização, são institucionalizados no âmbito do Estado mecanismos complementares ao aparato familiar, religioso e comunitário de proteção social, até então vigente, configurando a emergência da Política Social nas sociedades industrializadas. (IAZBEK, 2010:2-3)

Inexiste sociedade sem algum sistema que proteja seus indivíduos e os que dele dependam em situações de vulnerabilidade como doença e velhice, ou outras causadas por situações de emergência ou desamparo social. Segundo Giovanni (2008), “não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum sistema de proteção social”. Sobre a questão, afirma Iazbek:

(...) de uma forma geral, não encontramos sociedades humanas que não tenham desenvolvido alguma forma de proteção aos seus membros mais vulneráveis. Seja de modo mais simples, através de instituições não especializadas e plurifuncionais, como a família, por exemplo, ou com altos níveis de sofisticação organizacional e de especialização, diferentes formas de proteção social emergem e percorrem o tempo e o espaço das sociedades como processo recorrente e universal. (IAZBEK, 2010:1)

É possível dizer que mecanismos de proteção social criados ainda em níveis familiares e comunitários cresceram ou evoluíram junto com o desenvolvimento social e estruturaram-se enquanto mecanismos governamentais e estatais, sem que tenham sido efetivamente substituídos por estes. Na realidade, sistemas privados de porte familiar e comunitário agem paralelamente, dentro ou fora do sistema estatal de proteção social, e ganham maior importância em épocas de retração governamental do gasto social público – ou retração do dito Estado Social.

Costa (1995) entende a proteção social como “uma regularidade histórica de longa duração”, que deve ser entendida para “além dos fenômenos do protecionismo persistentes nos séculos XIX e XX sob o liberalismo e o neoliberalismo, portanto, não como uma invenção do capitalismo”. Para a autora, nesta ótica, o “Estado-providência” é um caso particular da proteção social (COSTA, 1995:99).

Para Di Giovanni, entre as “vicissitudes da vida natural ou social” das quais decorrem os sistemas de proteção social estão “a velhice, a doença, o infortúnio e as privações”. O autor inclui neste conceito “tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto de bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas, na vida social” e, ainda, “os

princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades. **Isto significa que as sociedades sempre alocaram recursos e esforços em suas atividades de proteção social**” (DI GIOVANNI, 2008, destaque nosso).

Contudo, não faz parte do escopo deste trabalho discutir a proteção social como um todo, mas sim as políticas públicas de proteção social (ou seja, a política social) e, entre estas, aquelas que tratam da parcela idosa da população vulnerável. Por este motivo, embora concordemos com a abrangência do sentido da proteção social, não aprofundaremos a discussão de seu âmbito privado (exceto no que se relacione às políticas sociais) e focalizaremos a história da proteção social sob o ponto de vista do Estado e da conformação de uma política social regulada. Ou seja, interessa-nos especialmente o processo de constituição dos sistemas protecionistas estatais, em suas estruturas e macroestruturas, nos séculos XIX e XX, quando se institucionaliza a proteção social na forma de políticas públicas. Alinhamos nosso entendimento à noção estabelecida, entre outros autores, por Jaccoud, que entende por proteção social “um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais” (2009:58).

Identificamos, nos séculos citados, dois momentos históricos de inflexão para a implantação e gestão dos sistemas de proteção social. O primeiro, conforme já identificado, nas transformações ocorridas a partir do processo de industrialização e urbanização, com pauperização em massa da população europeia e a necessidade de organizar o tratamento da “questão social” sob o sistema capitalista. O segundo, quando se desenvolveram nas sociedades capitalistas europeias, a partir do período do pós-Segunda Guerra Mundial, os sistemas caracterizados pelos Estados de Bem-Estar Social (Welfare States). A constituição dos welfare states traduz-se na criação dos modelos de sistemas de seguridade social que em grande parte perduram na atualidade e na gestão estatal desses sistemas. A proteção social avançou para além da pobreza, abarcando os crescentes direitos de cidadania construídos em seus componentes civil, político e social conforme estratificados por Marshall³.

Karl Polanyi estudou o processo gerador, a partir da industrialização e urbanização, da transformação de estruturas tradicionais de organização social na direção de um capitalismo de mercado e uma sociedade salarial, transformação que veio a gerar novos tipos de regulação diante da insuficiência das formas de sobrevivência e proteção existentes na sociedade feudal.

³MARSHAL, T.H. (1967) Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro. Zahar Editores.

Grande parte da literatura que trata de proteção social tem a Inglaterra como referência, inclusive quando se busca captar um modelo clássico de bem-estar, bem como o início da ruptura, no século XVII, com os tradicionais mecanismos de proteção social. Até hoje, desde a Revolução Industrial, “soluções práticas para os problemas de nossa economia e de nossa sociedade” surgiram na Grã-Bretanha (Hobsbawn, 2011: 10), que ainda guarda forte influência na economia mundial. O estabelecimento da economia de mercado é descrito por Polanyi a partir da experiência inglesa, com suas primeiras tentativas de regulação e inicial resistência a uma transformação radical. Diz Polanyi:

A sociedade do século XVIII resistiu, inconscientemente, a qualquer tentativa de transformá-la em mero apêndice do mercado. Não era concebível uma economia de mercado que não incluísse um mercado de trabalho, mas estabeleceu-lo, especialmente na civilização rural da Inglaterra, significava nada menos do que destruir totalmente o tecido tradicional da sociedade. Mesmo durante o período mais ativo da Revolução Industrial, de 1795 a 1834, impediu-se a criação de um mercado de trabalho na Inglaterra através da Speenhamland Law. Com efeito, o mercado de trabalho foi o último dos mercados a ser organizado sob o novo sistema industrial, e esse passo final só foi tomado quando a economia de mercado foi posta em marcha e a ausência de um mercado de trabalho provou ser um mal ainda maior para o próprio povo comum do que as calamidades que acompanhariam a sua introdução. No final, o mercado livre de trabalho, a despeito dos métodos desumanos empregados na sua criação, provou ser financeiramente benéfico para todas as partes envolvidas. (POLANYI, 2000:99)

Dentre os três períodos identificados na Inglaterra por Polanyi, o período Speenhamland, de 1795 a 1834, antecedeu a economia de mercado e, segundo o autor, “se destinou a impedir a proletarização do homem comum, ou pelo menos diminuir o seu ritmo. O resultado foi apenas a pauperização das massas, que quase perderam a sua forma humana no decorrer do processo”. Seguiram-se por uma década as dificuldades pós-máquina causadas aos trabalhadores pela reforma da Lei dos Pobres (*Poor Law Amendment Act*), que representou o período de transição para essa economia de mercado. “O último período – que superou este – foi o da economia de mercado propriamente dita” (POLANYI, 2000:104).

A *Speenhamland Law*, que havia resguardado a Inglaterra rural e, portanto, a população trabalhadora em geral, contra o funcionamento total do mecanismo de mercado, devorara parte da medula da sociedade. Na ocasião que foi revogada, grandes massas da população trabalhadora pareciam mais espectros de um pesadelo do que seres humanos. Mas, se os trabalhadores estavam fisicamente desumanizados, as classes dominantes estavam moralmente degradadas. A unidade tradicional de uma sociedade cristã cedia lugar a uma negação de responsabilidade por parte dos ricos em relação às condições dos seus semelhantes. (POLANYI, 2000:126)

As *poor laws* (leis dos pobres) formaram um sistema de proteção social assumido pelo Estado voltado aos pobres da Inglaterra e do País de Gales, e inspiraram políticas focalizadas e sistemas assistenciais do tipo residual ao redor do mundo, tendo surgido ainda no período feudal. O *Poor Law Act*, de 1601, dirigia-se preferencialmente aos pobres indigentes. A ideia geral era fornecer algum cuidado aos pobres considerados inaptos – velhos, enfermos e órfãos –, e estimular ao trabalho os demais pobres. Mesmo antes, em 1536, se aprovaram leis para tratar dos "pobres impotentes", e Boyer cita a existência de legislação anterior dos Tudor sobre os problemas causados pelos vagabundos e mendigos⁴. Em 1834, a nova Lei dos Pobres⁵ veio modificar significativamente o sistema de redução da pobreza em relação ao estatuto de 1601. Este era administrado localmente, nas paróquias, e o novo sistema foi altamente centralizado de forma a favorecer o desenvolvimento em grande escala das *workhouses*, casas de correção onde os capazes que solicitassem assistência eram internados para trabalhar. A ajuda proporcionada pela antiga lei, dizia-se, estimulava o ócio. Spicker, contudo, destaca que tais princípios jamais foram totalmente implantados, e que, em muitos lugares, os velhos continuaram recebendo assistência fora das *workhouses* (POLANYI, 2000; SPICKER, 2008, 2011 e 2011a; BOYER, 2002). Ou seja, enquanto deslocava-se a proteção social para o campo de uma política de trabalho, manteve-se alguma proteção social à velhice sem esta exigência.

Tratava-se de um novo momento de consolidação capitalista liberal. Antes, o mercado era visto como ameaça. Nas palavras de Polanyi, “as vantagens econômicas de um mercado livre de trabalho não podiam compensar a destruição social que ele acarretaria. Tiveram que ser introduzidas regulamentações de um novo tipo para mais uma vez proteger o trabalho, só que, agora, contra o funcionamento do próprio mecanismo de mercado”. Para Polanyi, havia então um embate entre dois princípios organizadores da sociedade, chamado por ele de duplo movimento.

O liberalismo econômico, que objetivava estabelecer um mercado auto-regulável, dependia do apoio das classes comerciais e usava principalmente o *laissez-faire* e o livre comércio como seus métodos [e] o princípio da proteção social, cuja finalidade era preservar o homem e a natureza, além da organização produtiva, e que dependia do apoio daqueles mais imediatamente afetados pela ação deletéria do

⁴ Lembremos que um misto de assistência e punição caracterizaram as primeiras leis assistenciais focalizadas, e que políticas de vigilância dos pobres existem ainda hoje.

⁵ O sistema subsistiu até ao surgimento do Estado de bem-estar moderno, depois da Segunda Guerra Mundial, e não foi formalmente abolido senão com a Lei de Assistência Nacional de 1948, embora parte do sistema se mantivesse em tal lei até 1967. Caiu em desuso em inícios do século XX, devido a vários fatores, como a introdução de reformas de beneficência liberal e a disponibilidade de outras fontes de assistência de sociedades filantrópicas e sindicatos (SPICKER, 2011; BOYER, 2002).

mercado – básica, mas não exclusivamente, as classes trabalhadoras e fundiárias – e que utilizava uma legislação protetora, associações restritivas e outros instrumentos de intervenção como seus métodos. (POLANYI, 2000:164)

Em resumo, a auto-regulação não ocorreu, vencida pela necessidade social de regulação, inclusive porque mesmo os projetos econômicos liberais “defenderam restrições à liberdade do contrato e do *laissez-faire*” (p.180). Prossegue Polanyi:

Durante um século a dinâmica da sociedade moderna foi governada por um duplo movimento: o mercado se expandia continuamente, mas esse movimento era enfrentado por um contramovimento que cercava essa expansão em direções definidas. Embora tal contramovimento fosse vital para a proteção da sociedade, ele era, em última análise, incompatível com a auto-regulação do mercado e, portanto, com o próprio sistema de mercado. Esse sistema se desenvolveu aos saltos; engolfou espaço e tempo e, criando o dinheiro bancário, produziu uma dinâmica até então desconhecida. Quando alcançou sua extensão máxima, em torno de 1914, ele compreendia cada uma das partes do globo terrestre, todos os seus habitantes e as gerações ainda não nascidas, pessoas físicas e imensos corpos fictícios chamados corporações. Um novo tipo de vida se difundiu sobre o planeta, reivindicando uma universalidade sem paralelo desde a época em que o Cristianismo começou sua carreira, só que, agora, o movimento era num nível puramente material. (POLANYI, 2000:161)

A reforma de 1834, contudo, “representou um verdadeiro ato abolicionista para a emergente economia de mercado, pois libertava das rédeas do protecionismo estatal” (PEREIRA, 2009:70), buscando reduzir mecanismos de proteção e estabelecer a sociedade salarial, e propondo:

a) abolição do abono salarial parcial previsto pelo Sistema Speenhamland; b) internação nas *Workhouses* (então recuperadas) de todos os solicitantes de assistência que fossem capazes de trabalhar; c) prestação de assistência externa apenas aos incapacitados para o trabalho: enfermos, idosos, inválidos e viúvas com filhos pequenos; d) centralização administrativa das atividades assistenciais das várias paróquias, transformando-as em uma Unidade da Lei dos Pobres; e) aplicação do princípio da menor elegibilidade, que consistia em fazer com que as condições de vida dos beneficiários da assistência pública fossem menos atraentes e confortáveis do que as condições de vida dos trabalhadores pior remunerados; e f) estabelecimento de uma Comissão Central de controle da Lei dos Pobres, nomeada pelo rei (PEREIRA, 2009:76).

Estava livre o caminho para a economia de mercado e o capitalismo moderno, período em que as metas de lucro e acumulação privada de capital não consideravam a pauperização dos trabalhadores, que se tornaram força de trabalho e mercadoria. O Estado não precisava mais ser protegido, e a proteção social que veio a existir depois foi fruto de pressão dos trabalhadores e da necessidade mínima de manutenção da força de trabalho.

“Se a economia de mercado foi uma ameaça para os componentes humano e natural do tecido social, como insistimos, o que mais se poderia esperar senão que uma ampla gama de pessoas exercesse a maior pressão no sentido de obter alguma espécie de proteção?”, questiona Polanyi, que identifica nesse duplo movimento as “razões objetivas, de natureza premente” para a institucionalização da proteção social na forma de leis como resposta à criação de um suposto mercado livre de regulamentação (POLANYI, 2000:180).

1.1.1. Política Social e organização do bem-estar

O surgimento de novas situações de vulnerabilidade e insegurança sociais dá status de risco social a vivências já conhecidas da humanidade como a velhice, além da doença, morte e ainda o desemprego e a pobreza. Segundo Jaccoud, ações de iniciativa pública surgem na tentativa de realizar, fora da esfera privada, o acesso a bens, serviços e renda. Ou seja, para além da cobertura de riscos sociais, tais sistemas podem objetivar “a equalização de oportunidades, para o enfrentamento das situações de destituição e pobreza, o combate às desigualdades sociais e para a melhoria das condições sociais da população” (2009a: 60).

A utilização do termo Política Social exige uma abordagem histórica e conceitual, diante da profusão de significados atribuídos, na prática, não só a esse termo como aos significados das expressões Políticas Públicas, Bem-Estar Social, Estado Social, Estado Providência, e o decorrente Estado de Bem-Estar Social (EBES), uma tradução do termo original Welfare State. A expressão Políticas Públicas, mais que as outras citadas, extrapolou o mundo acadêmico que a gerou, sendo de uso comum inclusive na imprensa e, nem sempre, com sentido coincidente. Tais expressões não têm o mesmo significado, mas fazem parte do mesmo universo da gestão pública de políticas. Interessa-nos, sobremaneira, para clareza do tema tratado, estabelecer o sentido adotado para o conceito de política social, e suas conexões com a proteção social e o welfare state.

O reconhecimento de que havia uma “questão social” complexa a ser considerada levou à criação de novas formas de proteção social, que igualmente ganharam complexidade em relação aos sistemas feudais, do que faz parte o surgimento e desenvolvimento da noção de cidadania, “um status concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política, tal como definido no estudo clássico de Thomas Humphrey Marshall (1967), *Cidadania, Classe Social e Status*” (FLEURY e OUVÉRY, 2008:26). Segundo os autores,

(...) a cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, que surge como resposta social às transformações socioeconômicas e políticas ocorridas com o advento da Revolução Industrial e os correspondentes processos históricos de desagregação dos vínculos tradicionais de solidariedade da sociedade feudal. Em outros termos, os vínculos tradicionais que ligavam os indivíduos à comunidade, seja por pertencer a um estrato social, a uma sociedade de conhecidos ou a um grupo religioso, são substituídos por uma noção generalizada de pertencimento a uma comunidade ampla e mais abstrata, como a nação. (...) O surgimento da cidadania como possibilidade se desenvolveu como parte da construção dos Estados nacionais e da instauração do capitalismo, que, pela primeira vez, estabeleceu um Estado moderno em que o fundamento da sua soberania advém dos cidadãos, que são todos iguais diante da lei. (FLEURY E OUYERNEY, 2008:26-27)

Estado e cidadania tornam-se condição mútua para a existência do outro. O senhor feudal dá lugar a um Estado nacional detentor do monopólio do uso da força (Weber, 2006) e dotado de uma burocracia que governaria acima dos interesses de classe, sob um regime eleitoral democrático. Vínculos de solidariedade não deixam de existir, porém mudam radicalmente de forma e quem antes era servo adquire direitos individuais, no qual a solidariedade é exercida por indivíduos de acordo com certos agrupamentos. Por exemplo, na conformação dos sistemas de seguro social, a parcela ativa da população responde, solidariamente, pela manutenção da Previdência que atende aos inativos.

Tal processo não ocorreu imediatamente nem com suavidade, mas principalmente porque a pobreza desprotegida decorrente da industrialização contrastava com a ampla difusão das ideias igualitárias, processo também descrito por FLEURY e OUYERNEY (op.cit.). Os novos operários, organizados em sindicatos, pressionam pela “efetivação de uma condição de cidadania que lhes era negada na prática”.

O primeiro passo nesse processo ocorreu com o próprio reconhecimento político de que a pobreza e a precariedade das condições materiais de existência das camadas de trabalhadores urbanos tornavam-se, com a emergência da sociedade capitalista, um problema a ser enfrentado coletivamente, ou seja, surge uma questão social que requer resposta social e institucional, sob pena de rompimento das estruturas sociais. O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao conseqüente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Instaura-se, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista. (FLEURY e OUYERNEY, 2008:29)

Essa proteção social traduz-se na garantia de direitos práticos de cidadania através da formação de sistemas nacionais estatais de proteção social, agregando aos Estados um caráter social dotado de instituições e políticas públicas num complexo que inclui a provisão de

serviços e benefícios sociais. “A proteção social se institucionalizou pelo desenvolvimento de amplos sistemas de provisão de bens e serviços de saúde, educação e assistência, visando a ampliar o bem-estar da população. Surgiram, assim, os Estados de Bem-Estar Social ou Welfare States” (FLEURY e OUVÉRY, 2008:30), caracterizados, entre outras coisas, por um grande número de políticas *universais*⁶.

Política Social, portanto, pode ser entendida com a institucionalização das ações de proteção social pelo aparato estatal. Também traduz a execução da parte conflituosa das políticas públicas, ou seja, tem sua especificidade no trato público de conflitos inerentes a todas as formas de desigualdade e exclusão. É na política social que se conformam as chamadas arenas decisórias onde os atores interessados em certas demandas medem seus conflitos e delimitam a política; compreende políticas que dizem respeito à ação do Estado na promoção do bem-estar dos cidadãos (Marshall, 1976), ou a ação do Estado na cobertura de riscos da vida individual e coletiva (Arretche, 1995). Tal relação entre estado e sociedade traduz-se na relação de cidadania conforme definida por Sonia Fleury⁷.

É vasta e conhecida a literatura que trata da formação e dos modelos de Welfare States, e de sua transformação a partir da década de 1970, mas julgamos necessário rever brevemente este processo, o que faremos com base nas clássicas análises desenvolvidas por Gosta Esping-Andersen. Começam a se consolidar também estudos atuais sobre o surgimento de novos riscos sociais com os quais os Estados de hoje se deparam. Entre esses riscos está o crescimento proporcional da população idosa em todo o planeta, que pressiona os sistemas de previdência social e que, quando associado à pobreza, pressiona os sistemas assistenciais no atendimento à população não segurada em idade de aposentadoria. Essas questões, dos riscos sociais e da associação entre velhice, pobreza e proteção social, serão abordadas ao fim do capítulo.

Cabe um pequeno retorno às transformações desencadeadas pela industrialização para caracterizarmos o que Robert Castel chamou de sociedade salarial e chegarmos às proposições de Esping-Andersen. Em *As Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (lançado em 1998), Castel afirma que a lógica social-assistencial tem sua estrutura “determinada pela existência de certas categorias de populações carentes e pela necessidade de atendê-las” (p.47), o que, a partir dos séculos XII e XIII, foi consolidando traços da

⁶ A citada Lei dos Pobres, exemplo típico de uma “política para pobres”, caracteriza o que a literatura classifica como política focalizada, por oposição às políticas universais, aquelas a que toda a população nacional tem direito – ao menos em sua formulação legal.

⁷ FLEURY, S. *Estados sem Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

“assistência moderna”: classificação e seleção dos beneficiários e das instâncias responsável por assisti-los (p.95), numa *sociedade cadastrada*. Da constatação da emergência, desde essa época, “de duas categorias de população, a dos pobres envergonhados e a dos mendigos válidos”, Castel segue em *Metamorfoses* construindo e estudando alguns conceitos, como desclassificação social (mobilidade descendente), subemprego, desconversão, invalidação, desfiliação, com os quais trabalha o processo de desemprego em massa que atingiu a Europa Ocidental em fins do século XX. Os vagabundos de antes da revolução industrial eram os *inempregáveis* de então. Castel caracteriza o que difere a pobreza que passou a ser tratada como questão social da pobreza que já existia:

Desde há muito tempo existiam necessitados, indigentes, inaptos, carentes e até mesmo indesejáveis de todos os tipos. De agora em diante vai ser preciso contar com indivíduos que ocupam, na sociedade, a posição de *supranumerários*: não têm nenhum lugar determinado na estrutura social nem em seu sistema de distribuição das posições reconhecidas, nem sequer o que faz dos indigentes assistidos uma clientela integrada. São os ancestrais dos supranumerários de hoje. Não por uma identidade de condição, é claro, mas por uma homologia de posição. (CASTEL, 2001:96)

Castel identifica a existência de embriões da relação salarial moderna em épocas anteriores ao século XX, tendo sido na virada para esse século que o assalariamento se impôs, e o fez como condição de inscrição social. As políticas sociais se instalaram nas lacunas deixadas pela incapacidade e insuficiência da proteção próxima (ou sociabilidade primária, na categorização do autor) de lidar com questões sociais nacionais. Foi na condição do assalariado que o cerne da questão social se impôs lentamente, acrescenta o autor, e, embora existissem assalariados miseráveis, foi entre os não assalariados que se concentraria a vulnerabilidade e a invisibilidade sociais, enquanto a maior parte das políticas de seguridade social existentes desde então voltaram-se aos assalariados. No Brasil, anteriormente à implantação do Sistema Único de Saúde, público, gratuito e universal, a assistência médica pública dependia da Previdência Social, e era fornecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Aposentadoria (INAMPS) – e, antes deste, pelos institutos de aposentadoria e pensão corporativos, ditos “IAPs” – exclusivamente às pessoas empregadas com carteira de trabalho assinada, ou nomeadas no serviço público.

O salário como padrão de inclusão social elegeu o não assalariado como público por excelência dos processos de assistência social. A proteção social criou fortes vínculos com a pobreza, à qual se é levado por condição anterior familiar, orfandade, inaptidão inata para o trabalho, ou adquirida por acidente, doença ou velhice (também pode e deve haver políticas

de proteção social voltadas a necessidades na velhice – bem como fora dela – que não as da pobreza, mas estas são o foco neste trabalho). Wanderley Guilherme dos Santos desenvolve o conceito de *cidadania regulada* para esclarecer o funcionamento do sistema em que os direitos dependem não da condição humana em si, mas da situação empregatícia de cada indivíduo. Impõe-se a sociedade de mercado e salarial rascunhada na industrialização. Impõe-se também, conforme já citamos, a necessidade de desenvolver políticas que garantissem a coesão social e a expansão do capital.

1.2. Os Estados de Bem-Estar Social

1.2.1. Raízes históricas dos Welfare States

Condições históricas fizeram com que a política social avançasse na formação de Estados Sociais que viriam a conformar os complexos sistemas de bem-estar conhecidos como welfare state, condições estas que incluem a mobilização operária e a capacidade de cada sociedade na construção de coalizões políticas. Países como a Alemanha deram origem a programas de seguro social já no final do século XIX, e políticas de proteção a idosos e incapacitados desenvolveram-se em vários países já no início do século XX e antes do welfare state, fenômeno este localizado no pós-Segunda Guerra, quando políticas abrangentes de provisão de serviços sociais tornaram direitos assegurados pelo Estado a camadas bastante expressivas da população dos países capitalistas desenvolvidos, cobrindo e socializando variadas formas de risco da vida individual.

No bojo das discussões favoráveis a um Estado mais social, que prevenisse a destruição, pela economia de livre mercado, de instituições sociais importantes, em fins do século XIX a Inglaterra procedeu à revisão de leis e decretos antes só dirigidos aos pobres; na Alemanha, havia um quadro de efervescência do movimento operário e da burguesia liberal quando o governo de Otto von Bismarck lançou as primeiras experiências de seguros sociais, que causaram forte impacto na vida das famílias trabalhadoras. Um Estado forte e protetor era visto como essencial para promover a industrialização e evitar uma revolução proletária.

Numa evolução das sociedades privadas de ajuda mútua, inglesas, Bismarck conseguiu aprovar projetos de seguro social compulsório: seguro saúde (1883), seguro de acidentes (1884) e seguro de velhice e invalidez (1889). Como caracterizou Polanyi, o Estado protegia o capitalismo de seu próprio sistema de mercado, indicando implicitamente, segundo Pereira (2009:60), “o reconhecimento das autoridades públicas de que a pobreza no capitalismo era

produto do próprio desenvolvimento predatório desse sistema”. Um novo sistema de proteção social deu início aos direitos sociais enquanto garantia do poder público em países do Ocidente, mediante a contrapartida do pagamento prévio do seguro compulsório – em outras palavras, tinham alguma garantia frente às vicissitudes os cidadãos empregados e cadastrados nos sistemas incipientes de saúde e previdência, regularmente filiados à ordem social. “Falar em Estados de Bem Estar Social é se referir àquele moderno modelo estatal de intervenção na economia de mercado que, ao contrário do modelo liberal que o antecedeu, fortaleceu e expandiu o setor público e implantou e geriu sistemas de proteção social” (PEREIRA, 2009:23).

Esta “ameaça operária” teve papel importante na expansão dos direitos sociais representada no Ocidente pelos Welfare States. O tecido social se esgarçava, premido, já na segunda década do século XX, pela Primeira Guerra Mundial, cujo fim deu início à preparação da Segunda, em 1939, antecedida pela crise recessiva do capital, em 1929. A manutenção de uma calma social como efeito de um sistema baseado no seguro não tinha onde se apoiar, diante da desorganização econômica e do desemprego, que reduzia o número de contribuintes e fazia crescer o de beneficiários. A proteção social moderna, diz Pereira (2009:87), “tem a ver com os rumos adotados pelo sistema capitalista, que deixou de ser liberal, nos anos de 1940, por uma questão de sobrevivência, para ser temporariamente regulado”. Encerrada a Segunda Guerra Mundial, em 1945, a elite ocidental capitalista temia sua classe operária. A revolução operária russa iniciada em 1917, enquanto se travava a Primeira Guerra Mundial, fora vitoriosa e, em 1922, criara o primeiro Estado comunista da História; em 1945, como consequência de outro pós-guerra, consolidou-se o bloco comunista de países agrupados em torno da União Soviética, cujo status de potência mundial polarizou o poder mundial com os Estados Unidos, que coordenava a reestruturação do mundo capitalista do pós-guerra, e deu início ao período de *guerra fria*, caracterizado pela ameaça de uma Terceira Guerra Mundial com armas nucleares.

Em fevereiro de 1936 o economista britânico John Maynard Keynes tinha publicado o livro *A Teoria Geral do Emprego, do Juro e da Moeda*, que lançou as bases conceituais da macroeconomia e desafiou conceitos liberais propondo maior intervenção estatal na economia com a utilização de políticas monetária e políticas fiscais capazes de preservar o sistema capitalista de seus efeitos colaterais mais graves, como a sucessão de ciclos econômicos que traziam recessões, depressões e *booms*. Anteriormente, em 1930, as ideias de Keynes já se propagavam através de seu círculo de alunos, alguns artigos publicados e o livro

A Treatise on Money. A Grande Depressão de 1929 não somente forneceu mais dados ao livro de 1936, como foi combatida através de um programa de inspiração keynesiana (o *New Deal*) adotado pelo presidente americano Franklin D. Roosevelt. As ideias keynesianas contestavam a capacidade regulatória do mercado, a neutralidade da moeda e propunham um Estado intervencionista para criar demandas.

Na década de 1940, o economista britânico William Beveridge coordenou um comitê que viria a lançar, em 1942, o documento intitulado *Report on Social Insurance and Allied Services*, conhecido como Plano Beveridge, que propunha ao governo inglês combater cinco grandes males sociais: escassez, doença, ignorância, miséria e ociosidade. Propostas de Bismarck e Keynes serviram de base à criação de um sistema nacional unificado de seguridade social contributivo e distributivo. O plano padecia do conservadorismo e liberalismo econômico da época em termos de política social, estabelecendo como salário mínimo nacional um padrão ínfimo de provisão e contando com a colaboração doméstica gratuita das esposas (PEREIRA, 2009); mas representou um grande avanço na proteção estatal e posterior desenvolvimento do welfare state.

Nesse contexto, o Estado tentava responder a demandas da sociedade por promoção de crescimento econômico, redução do desemprego e dos riscos sociais. Políticas fiscais e monetárias agregaram-se à oferta de serviços sociais na obtenção do pleno emprego. Com esse “acordo”, o capitalismo ganhava fôlego e mais apoio dos trabalhadores, suprindo-os de um razoável padrão de vida. No Brasil, os direitos sociais tiveram sua arrancada nas políticas getulistas, que estabeleceram aqui direitos trabalhistas e as bases de um sistema bismarckiano de seguro social, tendo deixado a assistência principalmente a cargo da filantropia.

1.2.2. Organização dos Estados de Bem-Estar Social

Em 1990, na primeira edição do livro *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Princeton, Princeton University Press, 1990⁸), Esping-Andersen apresenta um conceito de grande influência no estudo da Política Social: o de desmercadorização⁹, que se contrapõe ao processo de mercadorização assim descrito por ele:

⁸ Do qual utilizamos uma publicação traduzida de 1991.

⁹ O termo **desmercadorização** foi adotado pela tradutora no texto aqui utilizado, de 2001. Clóvis Roberto Zimmermann e Marina da Cruz Silva, em *O princípio da desmercantilização nas políticas sociais* (Cad.CRH vol.22, n.56. Salvador: Mai/Ago 2009), optaram pelo termo **desmercantilização** pelo fato de o original de Esping-Andersen, "*Dekommodifizierung*" (*decommodification*) vir “diretamente de Karl Marx” e ser “o que mais se aproxima do sentido da tradução de Marx no Brasil”.

Nas sociedades pré-capitalistas, poucos trabalhadores eram propriamente mercadoria no sentido de que sua sobrevivência dependia da venda de sua força de trabalho. Quando os mercados se tornaram universais e hegemônicos é que o bem-estar dos indivíduos passou a depender inteiramente de relações monetárias. Despojar a sociedade das camadas institucionais que garantiam a reprodução social fora do contrato de trabalho significou a mercadorização das pessoas. A introdução dos direitos sociais modernos, por sua vez, implica um afrouxamento do *status* de pura mercadoria. A desmercadorização ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado. (ESPING-ANDERSEN, 1991:10)

Neste ponto de vista, a proteção social equilibra-se num processo paradoxal, pois embora sirva à manutenção do capitalismo, eleva a condição de cidadania das camadas populares e lhes dá condições de construir questionamentos. Diz Esping-Andersen:

Não há dúvida de que a desmercadorização tem sido uma questão altamente controversa no desenvolvimento do *welfare state*. Para os trabalhadores, sempre foi uma prioridade. Quando eles dependem inteiramente do mercado, é difícil mobilizá-los para uma ação de solidariedade. Como recursos dos trabalhadores espelham desigualdades do mercado, surgem divisões entre os que estão dentro e os que estão fora deste, dificultando a constituição de movimentos reivindicatórios. A desmercadorização fortalece o trabalhador e enfraquece a autoridade absoluta do empregador. É exatamente por esta razão que os empregadores sempre se opuseram à desmercadorização. (ESPING-ANDERSEN, 1991:11)

Esping-Andersen enfatiza a importância dos arranjos institucionais entre Estado, mercado e família na provisão de políticas sociais, e como estas desmercadorizam, ou seja, geram aumento da autonomia e independência dos indivíduos em relação ao mercado, desde que sejam políticas emancipatórias. Quando não, caracteriza-se um tipo residual de proteção social, no qual “os benefícios são poucos e associados a estigma social”, situação em que “o sistema de ajuda força todos, a não ser os mais desesperados, a participarem do mercado. Era exatamente esta a intenção das leis de assistência aos pobres do século XIX na maioria dos países”. Há, portanto, segundo o autor, diversos graus de desmercadorização, correspondentes a diferentes tipos de bem-estar, resultado da capacidade de mobilização da classe operária no interior de diferentes matrizes de poder.

Outras tipologias seguiram-se à pioneiramente identificada por Esping-Andersen. As tipologias desenvolvidas por Esping-Andersen não perderam validade: são consideradas agrupamentos de características de Welfare States com amplo valor didático e representações estáticas de grandes tipos ideais, enquanto a realidade apresenta variações que tais tipos ideais não abarcam. Novas tipologias, assim, surgiram nessa busca pelos “*tipos reais*” de welfare, estudos que costumam utilizar criações de Esping-Andersen, como o conceito de

decommodification. Importante destacar que o próprio autor reconhece a impossibilidade de enquadrar a realidade em tipos estáticos modelares, quando diz:

Os welfare states formam um grupo, mas precisamos reconhecer que não existe um único caso puro. Os países escandinavos podem ser predominantemente social-democratas, mas não estão isentos de elementos liberais cruciais. Os regimes liberais também não são tipos puros. O sistema de previdência social norte-americano é redistributivo, compulsório e longe de ser atuarial. Ao menos em sua primeira formulação, o *New Deal* era tão social-democrata quanto a social-democracia contemporânea da Escandinávia. E os regimes europeus conservadores incorporaram tanto impulsos liberais quanto social-democratas. Com o passar das décadas, tornaram-se menos corporativistas e menos autoritários. Apesar da falta de pureza, se nossos critérios essenciais para definir os welfare states têm a ver com a qualidade dos direitos sociais, com a estratificação social e com o relacionamento entre Estado, mercado e família, então obviamente o mundo compõe-se de aglomerados distintos de regimes. Comparar os welfare states na base do mais ou menos ou, na verdade, de melhor ou pior, levará a resultados muito equivocados. (ESPING-ANDERSEN, 1991:16)

Não fosse assim, Esping-Andersen estaria caindo em contradição ao considerar que uma proteção social do tipo residual também constitui um Estado de Bem-Estar, visto que critica a limitação do bem-estar a um nível básico:

Uma definição comum nos manuais é a de que ele envolve responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos. Esta definição passa ao largo da questão de saber se as políticas sociais são emancipadoras ou não; se ajudam a legitimação do sistema ou não; se contradizem ou ajudam o mercado; e o que realmente significa "básico"? Não seria mais apropriado exigir de um *welfare state* que satisfaça mais que nossas necessidades básicas ou mínimas? (ESPING-ANDERSEN, 1991:8)

É importante identificar que a oferta de bem-estar pelo Estado não equivale à dimensão do seu sistema de proteção social. Sistemas residuais de proteção podem coexistir num Estado de grande bem-estar que, por exemplo, ofereça pleno-emprego à sociedade. Esping-Andersen destaca o trabalho de Richard Titmuss¹⁰ que, ao classificar os welfare states em residuais e institucionais, forçou os pesquisadores

a saírem da caixa preta dos gastos para o conteúdo dos *welfare state*: programas direcionados versus programas universalistas, as condições de elegibilidade, o tipo de benefícios e serviços e, talvez o mais importante, em que medida o nível de emprego e a vida profissional fazem parte da ampliação dos direitos do cidadão. A mudança para tipologias do *welfare state* torna difícil a defesa de simples

¹⁰ Titmuss, R.M. (1958). “*The Social Division of Welfare*”, in *Essays on the Welfare State*. London: Allen & Unwin.

classificações lineares do *welfare state*. Conceitualmente, estamos comparando tipos de Estados radicalmente diferentes.

E acrescenta:

(...) o foco nos gastos pode ser enganoso. Os gastos são epifenomenais em relação à substância teórica dos welfare states. Além disso, a abordagem quantitativa linear (mais ou menos poder, democracia ou despesas) contradiz a noção sociológica de que o poder, a democracia ou o bem-estar social são fenômenos relacionais e estruturais. Ao classificar os welfare state de acordo com os gastos, estamos supondo que todos eles contam igualmente. Mas alguns welfare states, o austríaco, por exemplo, destinam uma grande parte dos gastos a benefícios usufruídos por funcionários públicos privilegiados. Em geral, não é isso que consideraríamos um compromisso com a solidariedade e cidadania social. Outros gastam desproporcionalmente com assistência social aos pobres. Poucos analistas contemporâneos concordariam em que uma tradição reformista de ajuda aos pobres qualifica um welfare state. Algumas nações gastam somas enormes em benefícios fiscais sob a forma de privilégios tributários a planos privados de previdência que favorecem principalmente as classes médias. Mas essas despesas tributárias não aparecem na contabilidade. Na Grã-Bretanha, a despesa social total aumentou durante o período do governo Thatcher, mas trata-se quase que exclusivamente de um aumento ocorrido em função de uma taxa muito elevada de desemprego. Gastos baixos em certos programas podem indicar um welfare state comprometido mais seriamente com o pleno emprego. (ESPING-ANDERSEN, 1991:10-9)

Entre os três modelos teóricos (ideais) de bem-estar identificados por Esping-Andersen, o modelo liberal corresponde à visão residual de bem-estar, enquanto o modelo institucional caracteriza mais claramente o welfare institucional. A respeito, comenta Paul Spicker:

Não são modelos de tipo ideal, aos quais a realidade possa ser comparada. Antes, advêm de uma realidade histórica – a transição da Lei dos Pobres Inglesa ao Welfare State. Para Titmuss, os valores moldam o padrão de responsabilidade social, e estes moldam os métodos e políticas que diferentes governos aplicam. O welfare institucional se aproxima de sua visão de sociedade ideal. Começou com ideias como direitos e cidadania, e em decorrência, procurou incluir todos num padrão de serviços abrangente, ou ‘universal’. Este enfoque levou ao Serviço Nacional de Saúde – público, universal, e gratuito sob o ponto de vista da oferta. O welfare residual baseia-se num enfoque negativo e geralmente relutante de welfare, que consiste em minimizá-lo ao máximo. (SPICKER, 2008:84, nossa tradução)

Tal distinção, para Spicker, significam diferentes visões morais da razão do welfare, conforme explica:

[Esta distinção] representa, parcialmente, uma distinção de métodos, mas também uma distinção entre enfoques do welfare, em última análise, entre diferentes visões morais da razão do welfare. No modelo residual, welfare é visto como uma ‘rede de segurança’. Em circunstâncias normais, as pessoas não devem depender do welfare; em vez disso, vivem com recursos próprios ou da família, e só deve

reivindicar o welfare quem, por alguma razão, não disponha desses recursos. O welfare nestas circunstâncias é descrito como residual porque é para quem foi excluído. No modelo institucional, necessidade e dependência são aceitas como normais em sociedade, ou institucionalizados. Titmuss argumenta que estados de dependência devem ser aceitos como situação normal de vida. Todos somos crianças em algum estágio, todos estamos sujeitos a adoecer, ou envelhecer; um sistema institucional é um que reconhece responsabilidade social nestas necessidades e faz provisões. O modelo residual de welfare deixa a proteção social, na maioria dos casos, por conta dos recursos individuais; o modelo institucional baseia-se na aceitação da responsabilidade social por condições de dependência induzidas socialmente. (SPICKER, 2008:83, nossa tradução)

Esping-Andersen, portanto, propôs uma abordagem histórica interativa, tanto com relação aos Welfare States quanto a suas causas, visto que sua construção dependeu da edificação de coalizões políticas, mais decisiva que as fontes de poder de qualquer classe tomada isoladamente (op.cit.). Basicamente, são características dos três modelos:

a) *Modelo Liberal*, predominante nos países de tradição anglo-saxônica, como os Estados Unidos, Austrália, Canadá e Suíça e, em certa medida, a própria Grã-Bretanha. A assistência é direcionada aos comprovadamente pobres, os benefícios são modestos e seus limites “equiparam-se à propensão marginal à opção pelos benefícios sociais em lugar do trabalho” (op.cit.), associando o beneficiado ao estigma. Transferências universais são reduzidas e serviços de previdência, educação e saúde tendem a ser privados, embora Canadá e Inglaterra tenham sistemas públicos de saúde exemplares. O Estado encoraja o mercado, seja garantindo apenas o mínimo, seja subsidiando empresas. Esse tipo de Welfare State minimiza os efeitos da desmercadorização, contém o domínio dos direitos sociais e edifica uma ordem de estratificação.

b) *Modelo Conservador*, predominante na Europa continental (Alemanha, Áustria, França, Japão, Bélgica e Itália, onde havia papel forte do Absolutismo e da Igreja) e por isso também chamado na literatura de *Continental*. Surgiram “muito comprometidos com a preservação da família tradicional” (op.cit) e excluindo da previdência social as esposas que não trabalhavam fora, conformando políticas de benefícios que incentivavam a maternidade e o papel de mãe da mulher. Os sistemas de proteção são marcados pelo corporativismo e por esquemas de estratificação ocupacional, com direitos sociais ligados a classe e um forte direito previdenciário baseado no princípio da subsidiaridade, segundo o qual o Estado só interfere quando a capacidade da família de servir aos seus membros se exaure. A previdência privada desempenhou papel secundário. “A obsessão liberal com a mercadorização e a eficiência do mercado nunca foi marcante e, por isso, a concessão de direitos sociais não chegou a ser uma questão seriamente controversa” (op.cit.).

c) *Modelo Social-Democrata*, desenvolvido fundamentalmente no Norte da Europa e, modelarmente, nos países escandinavos, envolvendo o menor grupo de países entre os três modelos. “Compõe-se de nações onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais estenderam-se também às novas classes médias” (op.cit.). A coalizão conquistada incorporou a pequena burguesia, o movimento operário e os trabalhadores rurais, sendo estabelecidas políticas sociais através de partidos socialdemocratas que mantiveram o controle parlamentar por longo período. O *welfare state* assim construído, caracterizar-se-ia por um sistema de proteção social abrangente, com cobertura universal, redistributivo e com benefícios iguais a todos, garantidos como direitos, distribuídos com vistas à igualdade e desvinculados do montante de contribuição efetuado. Este modelo exclui o mercado e em consequência constrói uma solidariedade em favor do Welfare State, cujo princípio “não é esperar até que a capacidade de ajuda da família se exaure, mas sim de socializar antecipadamente os custos da família” (op.cit.).

Diversos autores revisitam de tempos em tempos a classificação de Esping-Andersen, e escapa aos objetivos deste trabalho proceder a um recenseamento e análise dessas tantas reclassificações. Arts e Gelissen descrevem as críticas centrais à classificação de Esping-Andersen: o tratamento dado aos países mediterrâneos, aos países antípodas e à questão de gênero, que foi ignorada. Diversos autores têm contribuído com a discussão das interfaces da Política Social com questões de gênero, além de raça, infância e globalização¹¹, que efetivamente acederam à agenda pública com mais força depois da publicação de *Três Economias*. Quanto à questão dos países mediterrâneos, Esping-Andersen incluiu a Itália entre os regimes corporativos, e não cobriu com sua tipologia Espanha, Portugal ou Grécia. Esta omissão teria suscitado o debate sobre a existência de um padrão *sul-europeu* ou uma *via latina* de welfare. No texto, os autores compilam classificações de diversos estudiosos: enquanto Katrougalos¹² apoia a posição de Esping-Andersen argumentando que esses países seriam uma subcategoria do grupo continental/corporativo, ainda com sistemas imaturos de proteção social, para outros (Leibfried, Ferrera, Bonoli, Trifiletti¹³) parece lógico que os

¹¹ Ver a respeito LAVALETTE, M; PRATT, A. *Social Policy: Theories, Concepts and Issues*. London: Sage, 2006. Third Edition.

¹² KATROUGALOS, G. S. (1996). The South European Welfare Model: the Greek Welfare State in Search of an Identity, *Journal of European Social Policy* 6 (1): 39–60.

¹³ LEIBFRIED, S. (1992) Towards a European welfare state? On Integrating Poverty Regimes into the European Community, in Z. Ferge and J. E. Kolberg (eds) *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt am Main: Campus Verlag; FERRERA, M. (1996) The “Southern” Model of Welfare in Social Europe, *Journal of European Social Policy* 6 (1): 17–37; BONOLI, G. (1997) Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach, *Journal of Social Policy* 26 (3): 351–72; TRIFILETTI, R. (1999) Southern European Welfare Regimes and the Worsening Position of Women, *Journal of European Social Policy* 9 (1): 49–64.

países sul-europeus formem um grupo separado. Austrália e Nova Zelândia, chamados de *Antipodean Countries*, foram incluídos no modelo liberal por Esping-Andersen, porém Castles¹⁴ defende que sua abordagem de proteção social é mais inclusiva que a liberal, com limites mínimos elevados para grande parte da população (ARTS e GELISSEN, 2002).

Em linhas gerais, as tipologias de welfare states que sucederam o texto de Esping-Andersen agrupam de vários modos uma série de indicadores ou dimensões de bem-estar, tais como: grau de desmercadorização, tipo de estratificação e solidariedades, níveis de pobreza, alcance do seguro social, gastos sociais públicos, níveis de equidade, de proteção às famílias, impostos, incentivo ao trabalho feminino, benefícios familiares entregues às mulheres, regras de elegibilidade, regulações financeiras, base social de garantia de direitos, participação social. Arts e Gelissen (2002:143-144) são autores de um quadro onde resumizam as principais tipologias e dimensões propostas, constante do QUADRO 1, no fim deste capítulo. O trabalho também traz uma classificação dos países segundo as sete tipologias (p.149-150). E, num terceiro quadro de grande interesse, outra classificação de países com base na “robustez empírica” (p.152) a partir de testes aplicados à tripla classificação de Esping-Andersen, que resultaram em cinco agrupamentos e trouxeram, entre outras (em quatro dos cinco agrupamentos propostas), a movimentação da Grã Bretanha do grupo de welfare liberal para um grupo *radical* ou *europeu* ou *indefinido*.

¹⁴ CASTLES, F. G. (1998) *Comparative Public Policy: Patterns of Post-war Transformation*. Cheltenham: Edward Elgar.

1.3. Políticas sociais pós-industriais

1.3.1. Crise e transformação do welfare state

Descritas algumas tipologias dentro do que consideramos suficiente para a compreensão das principais características de um Welfare State, procuramos levantar alterações ocorridas na oferta de bem-estar até o presente, a partir da crise do Estado de Bem-Estar Social identificada na década de 1970 e das crises do capital que se foram sucedendo.

A oferta de bem-estar resulta na incorporação do Social pelo Econômico, ou numa boa conjugação entre a política econômica e a política social, dinamismo de um capitalismo regulado que apresentou seus primeiros sinais de desgaste ainda na década de 1960, quando mudanças nas estruturas de poder abalam políticas sociais. Uma socialdemocracia bem estabelecida e que, nos países escandinavos, governou seguidas vezes na consolidação de um welfare o mais inclusivo, perdeu força eleitoral na Europa, mexendo com a coalizão que fundara o welfare. Anseios por políticas que levassem mais em conta interesses individuais propunham um modelo mais "flexível" de proteção social e contestavam a socialização e os tipos de solidariedade vigentes. Também pode ter favorecido tamanha ousadia neoliberal o fim da "ameaça comunista" com a desestruturação do bloco soviético e o anúncio de renúncia do último presidente soviético, Mikhail Gorbachev, em 1991¹⁵.

Empresas transnacionais lançavam as bases do processo que veio a ser conhecido como globalização da economia, o que enfraqueceu os Estados nacionais, suporte do welfare. A partir dos anos 1970, desenvolveu-se uma conjuntura econômica em países desenvolvidos de desaceleração no crescimento do PIB, crescimento da inflação, desemprego crescente e crise do petróleo. Financiar a expansão dos sistemas nacionais de proteção social tornou-se ainda mais difícil diante do inchamento da crise fiscal estatal. Como em toda crise econômica capitalista, desaceleração significa menor produtividade e menor empregabilidade, com

¹⁵ Em 1986, Gorbachev apresentara ao 27.º Congresso do Partido Comunista Soviético suas propostas de reforma política baseadas nas expressões *glasnost* (transparência) e *perestroika* (reestruturação), anunciando depois que a União Soviética abandonava oficialmente a Doutrina Brejnev e admitia que países do leste europeu adotassem regimes democráticos, o que de fato ocorreu, redundando no ícone que foi a reunificação das Alemanhas em uma só, capitalista e democrática, e terminando com o período da guerra fria. A democratização da URSS e dos países de Leste retirou poder do Partido Comunista. Em agosto de 1991, Gorbachev foi retirado do poder e preso durante três dias num golpe de Estado, reassumindo o governo e vindo a renunciar na noite de 25 de dezembro de 1991, renúncia por ele justificada como única atitude possível depois da criação da Comunidade de Estados Independentes em substituição à União Soviética (ENCYCLOPÆDIA BRITANNICA. "Mikhail Gorbachev". *Encyclopædia Britannica Online*, 2013. Disponível em: <<http://www.britannica.com/EBchecked/topic/238982/Mikhail-Gorbachev>>. Acesso Jan 2013).

reflexos diretos e imediatos na base de arrecadação de tributos e contribuições, também afetada pela informalização do mercado de trabalho. Na busca de melhores condições de lucro, uma crescente mobilidade do capital permitiu às empresas transnacionais burlarem os controles legais de arrecadação e praticarem a evasão fiscal.

O mundo pós-crise do petróleo caracteriza-se pela reconquista de hegemonia pelo discurso liberal e conservador pré-keynesiano, cujos expoentes propõem-se a enfrentar a crise com uma retomada do crescimento econômico, que exigiria a redução do aparato de Estado e de seus gastos, inclusive os sociais, e a transferência ao setor privado de serviços básicos e até então de acesso universalizado. As propostas neoliberais conquistam a maioria dos eleitorados nacionais e tomam rapidamente o controle de governos em países desenvolvidos e não desenvolvidos. No ideário neoliberal, o Estado deve limitar sua ação ao mínimo necessário a abster-se de intervir na economia (Estado Mínimo); as raízes da recessão econômica seriam os mecanismos estatais de regulação do mercado, que destruíam a concorrência e, dando poder demasiado ao operariado na reivindicação de salários e benefícios, corroíam os alicerces da acumulação capitalista. A arena onde se estabeleciam acordos de classes deveria ser enfraquecida na busca de estabilidade econômica.

A globalização econômica e a flexibilização das relações trabalhistas retirou poder de barganha dos sindicatos e da classe dos trabalhadores, bem como dos governos nacionais. O discurso de teóricos neoliberais e neoconservadores destaca a ingovernabilidade causada pela defasagem entre as crescentes demandas sociais e a incapacidade do Estado de atendê-las. O reequilíbrio estaria na contenção das demandas, pois existiria no Estado Social uma hipertrofia dos direitos sociais e democráticos. A Reforma do Estado, portanto, movimento que adquiriu força também no Brasil, deveria perseguir métodos gerenciais de governo e transferir para o mercado grande parte da proteção social na qual vinha intervindo o Estado, cabendo, aos que pudessem, pagar por ela, e aos demais uma assistência do tipo residual, o que aliviaria a crise fiscal.

Esta reconfiguração das ações do Estado traduziu-se em medidas que variaram de país para país, e foram parcialmente freadas ou revertidas também em tempos diferentes, mas giraram em torno de ações como redução dos gastos sociais e focalização das políticas, além da adoção de critérios de seletividade na distribuição de benefícios assistenciais; privatização de serviços de saúde, educação e previdência, com aumento nos valores e no tempo de contribuição previdenciária – que tem causa e consequências diretas na questão da velhice.

Em termos macroeconômicos, internacionalizou-se o predomínio do capital financeiro, e os Estados recorreram cada vez mais a soluções privadas ou parcerias para atender o Social.

O surto neoliberal adquiriu seus contornos mais característicos nos governos britânico de Margareth Thatcher e americano de Ronald Reagan, na década de 1980. Em 1990, o economista John Williamson veio a cunhar o termo Consenso de Washington, de cuja formulação participou, para designar o conjunto de principais políticas estruturais de ajustes econômicos indicadas aos países da América Latina pelo Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento, “*altos ejecutivos del Gobierno de EEUU, las agencias económicas del mismo Gobierno, el Comité de la Reserva Federal, el Fondo Monetario Internacional, miembros del Congreso interesados en temas latinoamericanos y los “think tanks” dedicados a la formulación de políticas económicas que apuntan forzar cambios estructurales en Latinoamérica*” (LARRAIN, 2010).

Nesse "mínimo denominador comum de recomendações endereçadas por instituições baseadas em Washington a países latinoamericanos"¹⁶ estavam receitas para promover o "ajustamento macroeconômico" de países em desenvolvimento atingidos pela crise: desregulamentação dos mercados, abertura comercial e financeira, privatização, redução do tamanho e do papel do Estado. A este processo acrescenta-se a profunda mudança no padrão produtivo, tecnológico, organizacional e de gestão da força de trabalho, articulada a grandes inovações tecnológicas que alteraram as bases materiais de produção e reprodução social. A expressão "Consenso de Washington" acabou usada para abrigar e justificar todo tipo de medidas e políticas neoliberais pelo mundo, inclusive propostas de remover do Estado a função de prover bem-estar social e distribuição de renda, o que não fazia parte do Consenso.

Contudo, conforme dissemos, não existe sociedade sem proteção social nem capitalismo sem política social, e um total desmonte das estruturas de bem-estar não aconteceu. A retração (*retrenchment*) do Estado Social aconteceu, com privatizações diversas; redução na cobertura de sistemas clássicos, como da saúde, e de políticas assistenciais; além de barreiras ao acesso – sem que, necessariamente, houvesse maior oferta de emprego e grande controle da inflação. Ao contrário, o processo significou uma remercantilização da força de trabalho e desregulação dos mercados de trabalho. Porém, o ritmo e o alcance dessas mudanças foram inferiores aos pretendidos pelos governos neoliberais, principalmente porque

¹⁶ WILLIAMSON, John. *What Should the World Bank Think About the Washington Consensus?*. World Bank Research Observer. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development, Vol. 15, No. 2 (August 2000), pp. 251-264 *apud* Center for International Development at Harvard University. *Washington Consensus*. Disponível em <<http://www.cid.harvard.edu/cidtrade/issues/washington.html>>. Acesso Jan 2013.

estruturas já estabelecidas tinham forte apoio popular e penetração na vida cotidiana da população.

Em 2006, o economista Dani Rodrik escreve em *Goodbye Washington Consensus, Hello Washington Confusion?* que, enquanto as lições tiradas pelos proponentes (do Consenso de Washington) e dos céticos diferem, “é legítimo dizer que ninguém mais acredita no Consenso de Washington”. Mesmo com governos liberais no comando da maior parte desenvolvida e em desenvolvimento do planeta, e efetivamente reduzido o bem-estar social e a participação do Estado na economia, não evitaram os maiores males que se propuseram combater, e em 2008 o mundo viu-se em mais uma crise internacionalizada a partir da crise hipotecária nos Estados Unidos, com seu recrudescimento em 2011 na crise que se mantém forte na Europa, que parecia protegida com a mesma Comunidade Europeia que tem abandonado cada nação em crise à sua própria sorte. Complementarmente, como no caso brasileiro, a redução do aparato social público e a privatização de grandes empresas públicas não resultou num Estado mais *barato*, como comprovam estudos sobre os custos advindos da manutenção das agências nacionais reguladoras. Porém, mantém-se, mesmo com a eleição de governos à esquerda que retomaram e ampliaram significativamente políticas sociais de combate à pobreza e busca de equidade e inclusão, a contradição com a manutenção das políticas macroeconômicas e da hegemonia neoliberal.

1.3.2. Novos riscos sociais

Neste item, procuramos atualizar a distribuição de bem-estar e os rumos da política social nos países que tinham maior qualidade de welfare e em regiões de menor e maior nível de pobreza.

Na Introdução a *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*, Ian Gough e Geof Wood destacam a distância que separa partes do globo das Metas do Milênio estabelecidas por agências internacionais como as Nações Unidas, que representam um objetivo internacional explícito de desenvolver o bem-estar humano. Em certas partes do planeta, acrescentam, a realidade é trágica:

Global inequality has mushroomed to 'grotesque levels' according to the UNDP (2002), thereby increasing the threats to everyone's welfare, even the more wealthy. In parts of Africa especially, HIV/AIDS, famine and war generate intolerable levels of human suffering. In more successful parts of the developing world, rapid capitalist development, which has contributed to the erosion of absolute poverty, has simultaneously heightened insecurity and vulnerability. New

risks, threats and uncertainty challenge subjective and objective well-being. This is not to claim that managed development and growth cannot improve human welfare -- they clearly can and have done so in much of East Asia, for example -- but it is to recognize the new hazards of insecurity and new challenges to well-being, alongside pre-existing ones, in what is essentially still an unregulated international politico-economic system. (GOUGH and WOOD, 2006:1)

De acordo com os autores, e mais ainda em países em desenvolvimento, não existe um “tamanho único” para a erradicação da pobreza, sendo necessário associar políticas universais a políticas de contextos específicos; a meta não estaria na orientação à direita (mercados não-regulados), à esquerda (renda mínima) ou ao centro (participação e boa governança) – a política social deve buscar o bem-estar. Segundo Gough e Wood, aceitando-se como fato a globalização, deve-se partir para um “capitalismo social” ou de “economia mista”, visto que “*neither markets, nor states, nor communities alone can provide an adequate framework for meeting human needs*”.

Acreditamos, contudo, que Gough e Wood superestimem a vontade política e a responsabilidade social, para utilizar um jargão corrente, dos setores privados de países pobres e em desenvolvimento da América Latina. Independentemente de períodos apenas democráticos, mudanças mais profundas e de cunho social nesses países só aconteceram por iniciativa de Estados fortes, seja pelo abuso ditatorial de golpes militares, seja pela força popular, neste caso incluindo-se líderes carismáticos eleitos ou não. Ao setor privado, historicamente, coube e continua cabendo o exercício de um padrão inverso de solidariedade no qual os que têm menos financiam os que têm mais, pela apropriação do público pelo privado e mesmo pela apropriação do coletivo pelo público, como na utilização por governos brasileiros do dinheiro da Previdência Social para outros fins.

Feito este aparte, a caracterização de um novo welfare compartilhado tem grande validade em países com instituições privadas com verdadeiros fins públicos, e com instituições públicas eficientes e de confiança da população. Giuliano Boloni, de forma semelhante, vê que a adaptação das políticas de bem-estar depende de uma reconciliação entre trabalho e família – a qual, destaca Gough (2006), foi ignorada no trabalho inicial de Esping-Andersen, assim como o papel feminino na proteção social até hoje central no cuidado com o idoso, tanto em nível da solução familiar quando das cuidadoras profissionais ou trabalhadoras dos sistemas de saúde.

Em 2006, Boloni tratou da questão do *retrenchment* e de como os governos gerenciaram ou falharam em reduzir a generosidade dos programas sociais introduzidos durante os anos do pós-guerra. Destaca o autor que, conquanto seja esta a mais significativa

mudança em curso na política social, não é a única, pois mudanças socioeconômicas causadas pela transição das economias e sociedades industriais para as pós-industriais, baseadas em serviços e no mercado financeiro, resultaram na emergência de novos riscos sociais (NSR - *New Social Risks*), inexistentes nos Welfare States tradicionais e que causam ainda maiores perdas de bem-estar. Entre os riscos descritos por Boloni, alguns são relativamente novos no contexto do mundo desenvolvido, porém já eram conhecidos no nível de industrialização então existente em países hoje em desenvolvimento, e nestes se mantêm no processo pós-industrial.

A globalização econômica e cultural faz com que esses riscos tenham impacto massivo em muitos locais, afirma Boloni, de forma que os Welfare States têm se adaptado gradualmente e diferenciadamente aos novos riscos estruturais:

*However, the pace of adaptation and the degree of success vary across countries. Broadly speaking, the Nordic countries seem to have gone furthest in this process, by providing structures that facilitate the reconciliation of work and family life, by developing an arsenal of active labour market policies and a wage-setting system that protect the incomes of lowskilled workers, and by operating inclusive pension systems **and comprehensive care service provision for elderly people**. (BOLONI, 2006:4, destaque nosso)*

Países de welfare conservador, como Alemanha e Itália, deram poucos passos na proteção contra os NSR, em que pesem as consequências desses riscos. A França mantém-se como país onde a reconciliação entre trabalho e família é facilitada por esforços tradicionais nas áreas dos cuidados com a infância e a paternidade, especialmente para as mães que trabalhem. Finalmente, os Estados de welfare liberal ignoram a emergência dos NSR, que acabam cobertos “*mostly by market instruments, with big inequalities in terms of access and quality of services*” (BOLONI, 2006:4)

Boloni relaciona alguns riscos sociais surgidos nas últimas quatro décadas a partir da desindustrialização e terciarização do emprego, e da massiva entrada feminina no mercado de trabalho, que aumentaram a instabilidade das estruturas familiares e a desuniformização do emprego (BOLONI, 2006:6-8):

- ✓ O trabalho doméstico e de cuidado infantil, que costumava ser feito em base não remunerada por donas-de-casa, precisa ser obtido do Estado ou comprado no mercado, podendo resultar em pobreza quando não se consegue conciliar vida familiar e trabalho e um dos pais precisa reduzir sua jornada de trabalho.
- ✓ Esta reconciliação trabalho-vida familiar é crucial para evitar a pobreza nos casos cada vez menos raros de mães solteiras (*single parenthood* no original);

- ✓ Necessidade de cuidados com pessoas idosas, doentes ou com deficiências, que também pode resultar em perda de bem-estar causado por perda de renda a partir da mudança dos padrões de participação da mulher no mercado de trabalho;
- ✓ Baixa qualificação ou qualificação obsoleta diante do novo padrão produtivo, resultando em desemprego ou subemprego¹⁷;
- ✓ Insuficiente cobertura do seguro social – os sistemas de aposentadoria e pensão não acompanham as mudanças nos padrões do emprego, e os valores pagos quando das aposentadorias serão suficientes apenas para aqueles que se mantiveram empregados e trabalhando em período integral desde jovens sem interrupção.

Segundo Boloni, “during the *trente glories*, the period of male full employment and sustained economic growth that characterised the post-war years, these risks were extremely marginal, if they existed at all” (p.8). Os novos riscos, portanto, atingem fortemente as pessoas e as famílias que passam pela velhice, e esta se associa ao risco da pobreza.

Em outro capítulo do livro organizado por Armingeon e Boloni, Treib e Falkner descrevem os NSR dos países da União Europeia:

In recent decades, European welfare states have been confronted with ‘new social risks’ whose emergence was ‘the result of multiple social transformations in the labour market, in family structures and gender roles as well as of changing general cultural orientations like secularization and the decline of the work ethos of industrial society (Armingeon and Boloni, 2003). At the heart of traditional welfare states was the typical ‘male breadwinner’ working on a full-time basis and with an open-ended contract. Hence, the main function of traditional welfare programmes was to protect male workers from ‘old’ social risks like invalidity, sickness, unemployment or ageing, employees nowadays are increasingly faced with new problems such as reconciling work and family life, single parenthood, providing care for elderly, disabled or sick relatives, unemployment as a result of low or obsolete skills, and insufficient social security coverage as a result of child-related career interruptions or ‘atypical’ forms of employment such as part-time, fixed-term and temporary agency work. (TREIB e FAULKNER, 2006:)

Gough (op.cit) procede a uma tentativa de adaptar as ideias de Esping-Andersen aos países do hemisfério Sul, a fim de entender como nestes se processam a pobreza e a política social. Para tanto, propõe uma transição teórica da noção de regimes de **Estados** de Bem-Estar Social para a de regimes de Bem-Estar Social (*welfare regimes*).

¹⁷ Relatam-se, no Brasil, casos de postulantes ao BPC por incapacidade adquirida em acidentes nos quais a perícia do INSS não atestou a incapacidade pelo fato de a pessoa estar apta a outros tipos de trabalho que não o que exercia mas para os quais não tem qualificação.

What contribution can this model make in understanding poverty and social policy in the South? We consider that it offers a powerful framework for studying social policy in development contexts for four reasons. First the welfare regime approach is precisely concerned with the broader 'welfare mix': the interactions of public sector, private sector and households in producing livelihoods and distributing welfare - a dominant theme in the development literature. Second, it focuses not only on institutions but outcomes - the real states of well-being or ill-being of groups of people. Third, it is a 'political economy' approach which embeds welfare institutions in the 'deep structures' of social reproduction: it forces researchers to analyse social policy not merely in technical but in power terms, and this has much to offer. Fourth, it enables one to identify clusters of countries with welfare features in common; it holds out the promise of distinguishing between groups of developing countries according to their trajectory or paths of development. (GOUGH, 2006:26)

Welfare regime, esclarece Gough, é um termo mais genérico que *welfare state* regime, este referente aos arranjos familiares e sociais e aos resultados dos Estados europeus de bem-estar. O novo termo envolveria o conjunto de arranjos institucionais, políticas e práticas que afetam os resultados de bem-estar e os efeitos das estratificações em diversos contextos sociais e culturais.

O próprio autor reconhece a objeção acadêmica ao uso da palavra *welfare* em relação a países em desenvolvimento, e diz concordar com tais argumentos, mas mantém o uso do termo por considerar que esta noção permite avaliar diferentes sistemas socioeconômicos e se refere à existência de metas de política social voltadas ao aumento do bem-estar social. Gough propõe uma sistematização em três grandes regimes de *welfare*: o regime de *welfare state*, o regime de seguridade informal e o regime de inseguridade. Adiante, subdivide a seguridade informal em mais e menos efetiva, gerando quatro agrupamentos, e caracteriza o regime de inseguridade por sua dependência externa.

Por seguridade informal, entende um rol de condições em que as necessidades são satisfeitas em variados graus principalmente nas relações comunitárias e familiares, geralmente hierárquicas e assimétricas. Há problemas de inclusão e longos períodos de vulnerabilidade e dependência. O regime de inseguridade acontece quando o ambiente não permite sequer o recurso à família e costuma ocorrer em áreas de conflito e politicamente instáveis que extrapolam fronteiras nacionais e tem fortes atores externos. A partir destas categorias, Gough propõe um primeiro mapeamento rudimentar dos regimes de *welfare*, combinando dois indicadores do que chamou de *welfare mix* – gastos públicos e fluxos de ajuda ou remessa internacional – e taxas de IDH:

1. Actual or potential welfare state regimes: with high state commitments and relatively high welfare outcomes. They include much of Central Europe (with some

representatives in Eastern Europe); the Southern Cone of Latin America¹⁸; Kenya, Algeria and Tunisia in Africa; and Thailand.

*2. **More effective informal security regimes:** with relatively good outcomes achieved with below-average state spending and low international flows. They include parts of Southeast Asia (probably including China); Sri Lanka; the remaining countries of Latin America for which we have data; together with parts of the Middle East.*

*3. **Less effective informal security regimes:** with poor levels of welfare coupled with low public commitments and moderate international inflows. This cluster comprises South Asia (excluding Sri Lanka) and certain countries in sub-Saharan Africa.*

*4. **Externally dependent insecurity regimes:** heavily dependent on aid and/or remittances with very poor welfare outcomes. This cluster comprises the bulk of sub-Saharan Africa for which we have data.*

No trabalho organizado por Gough e Wood, Armando Barrientos faz uma análise na qual conclui que países da América Latina (exceto Caribe) estão se transformando em regimes liberais-informais de welfare. Segundo Barrientos, são regimes de welfare state devido à lógica compensatória de sua política social, que surgiu no período entreguerras e se mantém. Mas são regimes liberais porque pressões externas dos mercados globais e instituições norte-americanas e internacionais destruíram a estratégia de substituição de importações na qual repousava um regime de welfare conservador-liberal semelhante aos do Sul da Europa antes dos anos 1980. E são informais porque metade da população rural e urbana trabalha na informalidade e está excluída de parte dos sistemas de seguridade. Ao final do século XX, complementa, a hegemonia do Norte impôs efetivamente a liberalização econômica e a abertura para um sistema de bem-estar orientado para o mercado no continente (BARRIENTOS, 2006:121-168).

1.3.2. Envelhecimento e proteção social

O tema da velhice ocupa a sociedade humana desde os tempos alcançados pelos estudos históricos. São também voltados à velhice mecanismos de proteção social dos mais antigos e anteriores ao conjunto de ações hoje estabelecido enquanto política social. Modernamente, tais mecanismos fixaram-se mais fortemente em algumas tipologias de seguro-previdência que resultaram em sistemas de aposentadoria, os quais, embora forneçam

¹⁸ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile e Colômbia.

algum amparo à velhice, conformam-se como recompensa proporcional (quando tanto) à produtividade exercida anteriormente pelos beneficiários, e não como parte da assistência social.

O envelhecimento, um fato da vida e do desenvolvimento humanos, é também questão subjetiva e cultural quanto a suas representações sociais. Apenas mais recentemente, na modernidade, o envelhecer tem sido também uma questão-problema de relativo interesse para a história, e, com aportes sociológicos, seu estudo vem ultrapassando o campo do saber da saúde e integrando-se ao saber do campo social. Segundo Agra do Ó, o tema, no presente, tornou-se objeto de atenção de um crescente número de práticas de saber e de poder, embora esta maior problematização da velhice seja acompanhada de “alguns silêncios”:

Alertados pelas transformações demográficas, que indicam o aumento da população idosa e da expectativa de vida, mas mergulhados num mundo que trama a si próprio com os fios da valorização da juventude, os pesquisadores de diversas áreas têm inserido, cada vez com mais frequência, questões relacionadas à velhice e ao envelhecimento no mapa de seus interesses de estudo (Debert, 1999; Minois, 1999; Motta, Azevedo, Gomes, 2005; Prado, Sayd, 2006, 2007; Witter, 2006). É importante observar que tal tendência não tem sido vivida, pelo menos no Brasil, de forma homogênea; há, aqui, espaços mais sensíveis à problematização da velhice, ao lado de alguns silêncios. Assim, é mais comum encontrarmos estudos nas áreas de nutrição, psicologia, saúde pública e coletiva, enfermagem, para não falar nas mais ‘óbvias’, de geriatria e gerontologia. No âmbito das ciências sociais, há um sensível predomínio de estudos nas áreas de sociologia e de antropologia, em detrimento, no entanto, da história – tão interessada na infância, e tão pouco atenta à historicidade de outros recortes etários.

Segundo o historiador Georges Minois (1999), os historiadores não se interessavam pela velhice em tempos mais remotos porque as fontes estavam integradas à documentação sobre os adultos, e as sociedades antigas não dividiam a existência como fez a modernidade. Houve momentos na Antiguidade de valorização dos “anciãos” enquanto fonte de experiência, sabedoria e poder, caso dos Incas, Aztecas, Hebreus, Chineses, Japoneses. Sociedades indígenas também atribuíam aos anciãos funções equivalentes a caciques e pajés. No Ocidente, a Grécia Clássica relegava os velhos a um lugar subalterno e enaltecia atributos juvenis como beleza e força, até Platão apresentar a visão de que a velhice conduziria a uma melhor harmonia, prudência, sensatez, astúcia e juízo. Na Roma Antiga, os anciãos tinham uma posição privilegiada. O direito romano lhes concedia a autoridade de *pater familias*, e ocupavam cargos importantes no Senado como “*patrícios*”. Quanto mais poderes lhes eram concedidos, mais a ira de novas gerações se voltava contra os velhos, e com a queda do Império Romano os anciãos também foram perdendo seu lugar de destaque na sociedade.

Historicamente, a atenção dada à velhice teve e tem o sentido prioritário de saber como evitá-la. São temas literários recorrentes como não envelhecer, como adquirir a imortalidade ou a eterna juventude. O cuidado com os velhos era secundário. Desse acúmulo de vivências surgiram as representações sociais históricas mais comuns até hoje. Nesta divisão da vida em “fases”, velhice é a fase da vida na qual, passado o tempo de se ter vivido, entrou-se em decadência e resta aguardar a morte da melhor maneira possível, mas geralmente afastado da vida ativa ou do convívio familiar e, mesmo, institucionalizado. É velha a pessoa inativa e improdutiva, que passa a ser vista e caricaturada como dependente, ultrapassada, frágil e caduca. Se em algumas sociedades o velho já foi identificado como sábio, o termo, atualmente, detém um sentido pejorativo, em que pesem todos os eufemismos construídos no aparato discursivo elaborado para dizer que o velho não é velho.

Mas quem, afinal, é velho?

Centrar o entendimento da velhice em termos de faixas etárias é, sem dúvida, limitar esse entendimento. Conforme Marques, “um paradigma da modernidade dividiu a vida em fases – valorizando uma (a fase adulta e produtiva) inventando outra (a infância) e minorizando a fase do envelhecimento. Essas separações da vida em fases também têm seus correspondentes em idades”. Norbert Elias (2001), em sua obra “Envelhecer e morrer”, destaca a distância existente entre os dois grupos por ele denominados “não-velhos” e “velhos”. Sob o olhar de Elias, o primeiro deles não consegue compreender a condição dos outros, e essa incompreensão se dá de uma forma naturalizada. Dá-se, ali, a atribuição de normalidade à vida anterior à velhice e, por conseguinte, afirma-se que o envelhecimento retira do indivíduo algo de sua humanidade.

Marques sugere que se trabalhe preferencialmente com o conceito de geração, e acrescenta:

Nas palavras de Karl Mannheim, geração é um “problema sociológico”, um ‘produto cultural’ derivado da história das relações de situação nas quais surgiu e se transformou em tradição. Guíta Debert considera que “as gerações são geradas na família, as idades são institucionalizadas política e juridicamente”. (MARQUES, 2009)

Contudo (e justamente por serem as idades “institucionalizadas política e juridicamente”), e embora o critério etário seja de fato excludente, é o critério utilizado na conformação legal da velhice. A proteção social, ao assumir a forma de política pública do Estado, sob a noção da seguridade social, trabalha com critérios identificadores de seus públicos-alvo, os chamados critérios de seletividade ou focalização mediante os quais

estabelece o conjunto de beneficiários das políticas de cobertura não-universal, destinadas a públicos específicos. Assim, e forçosamente, nosso trabalho também centrará seu entendimento do termo velhice nos critérios de idade, utilizados pelas políticas e programas sociais.

O envelhecimento chega a ser apontado como um problema não apenas para o próprio idoso e as famílias, mas situação elencada entre causas que inviabilizariam o próprio welfare state:

Recentemente, houve uma volta ao predomínio da ideologia liberal, o que gerou críticas fortes ao sistema de proteção social de caráter público. Falou-se muito do fracasso do Estado de Bem-Estar Social, das dificuldades para financiá-lo, já que a população idosa vive cada vez mais, a atenção à saúde é cada vez mais cara e o número de pessoas adultas e jovens vem diminuindo, proporcionalmente. No entanto, países que mantêm mais de 50% de sua população trabalhadora – população economicamente ativa (PEA) – no mercado informal terminam por inviabilizar a proteção social se sua fonte de renda for feita principalmente com base nas contribuições sobre o salário. (...) Sabemos que a adoção de um ou outro modelo de proteção social não depende basicamente da riqueza do país, mas do predomínio de valores mais individualistas ou mais solidários. (FLEURY e OUVÉRY, 2008:35)

A questão do envelhecimento é entendida como emergente na sociedade contemporânea dos welfare state pós-industrial. A pressão mais recente exercida mundialmente sobre os sistemas de seguro social diante do processo de envelhecimento da população (aumento do percentual de idosos em relação à população total) abalam a seguridade e geram questionamentos quanto aos mecanismos de solidariedade em que repousam, sendo vista como um *novo risco social* e de maior gravidade quando associado à pobreza.

Morel (2006) identifica no cuidado dos idosos por longo prazo um dos novos riscos sociais decorrentes 1) do próprio sistema de bem-estar, cujos avanços na Saúde aumentaram a expectativa de vida e causaram o envelhecimento da população; 2) de mudanças nos moldes e estruturas familiares, incluindo a crescente participação de mulheres no mercado de trabalho; 3) de mudanças de valores; 4) de novas atitudes na direção de um cuidado informal. A questão, afirma, é saber quem é responsável por assistir a população idosa dependente. A proporção cuidadores disponíveis/idosos necessitados é cada vez menor.

O problema é tão grave que diversos países, desde meados da década de 1990, criaram sistemas de seguro e de benefícios para os idosos dependentes (dependências que incluem a pobreza), embora o período tenha sido o de início da “austeridade permanente” na tentativa de redução dos gastos sociais por países desenvolvidos. A autora cita Alemanha, França, Áustria,

Luxemburgo e Japão (Morel, 2006: 227). O Brasil, com o BPC, inscreve-se entre países com alguma política específica para idosos, na área da assistência social. Conforme Boloni, a atual configuração familiar resulta em empobrecimento ou incapacidade de um bom cuidado com o idoso, diante da ausência ou insuficiência de políticas sociais que apoiem o idoso e sua família.

QUADRO 1. VISÃO GERAL DAS TIPOLOGIAS DE WELFARE STATES

Table 1 An overview of typologies of welfare states

	<i>Types of welfare states and their characteristics</i>	<i>Indicators/dimensions</i>
Esping-Andersen (1990)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Liberal</i>: Low level of decommodification; market-differentiation of welfare 2. <i>Conservative</i>: Moderate level of decommodification; social benefits mainly dependent on former contributions and status 3. <i>Social-democratic</i>: High level of decommodification; universal benefits and high degree of benefit equality 	<ul style="list-style-type: none"> • Decommodification • Stratification
Leibfried (1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anglo-Saxon (Residual)</i>: Right to income transfers; welfare state as compensator of last resort and tight enforcer of work in the market place 2. <i>Bismarck (Institutional)</i>: Right to social security; welfare state as compensator of first resort and employer of last resort 3. <i>Scandinavian (Modern)</i>: Right to work for everyone; universalism; welfare state as employer of first resort and compensator of last resort 4. <i>Latin Rim (Rudimentary)</i>: Right to work and welfare proclaimed; welfare state as a semi-institutionalized promise 	<ul style="list-style-type: none"> • Poverty, social insurance and poverty policy
Castles & Mitchell (1993)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Liberal</i>: Low social spending and no adoption of equalizing instruments in social policy 2. <i>Conservative</i>: High social expenditures, but little adoption of equalizing instruments in social policy 3. <i>Non-Right Hegemony</i>: High social expenditure and use of highly equalizing instruments in social policy 4. <i>Radical</i>: Achievement of equality in pre-tax, pre-transfer income (adoption of equalizing instruments in social policy), but little social spending 	<ul style="list-style-type: none"> • Welfare expenditure • Benefit equality • Taxes
Siaroff (1994)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Protestant Liberal</i>: Minimal family welfare, yet relatively egalitarian gender situation in the labour market; family benefits are paid to the mother, but are rather inadequate 2. <i>Advanced Christian-democratic</i>: No strong incentives for women to work, but strong incentives to stay at home 3. <i>Protestant Social-democratic</i>: True work-welfare choice for women; family benefits are high and always paid to the mother; importance of Protestantism 4. <i>Late Female Mobilization</i>: Absence of Protestantism; family benefits are usually paid to the father; universal female suffrage is relatively new 	<ul style="list-style-type: none"> • Family welfare orientation • Female work desirability • Extent of family benefits being paid to women
Ferrera (1996)	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Anglo-Saxon</i>: Fairly high welfare state cover; social assistance with a means test; mixed system of financing; highly integrated organizational framework entirely managed by a public administration 	<ul style="list-style-type: none"> • Rules of access (eligibility)

Table 1 *continued*

	<i>Types of welfare states and their characteristics</i>	<i>Indicators/dimensions</i>
	2. <i>Bismarck</i> : strong link between work position (and/or family state) and social entitlements; benefits proportional to income; financing through contributions; reasonably substantial social assistance benefits; insurance schemes mainly governed by unions and employer organizations	• Benefit formulae
	3. <i>Scandinavian</i> : social protection as a citizenship right; universal coverage; relatively generous fixed benefits for various social risks; financing mainly through fiscal revenues; strong organizational integration	• Financing regulations
	4. <i>Southern</i> : fragmented system of income guarantees linked to work position; generous benefits without articulated net of minimum social protection; health care as a right of citizenship; particularism in payments of cash benefits and financing; financing through contributions and fiscal revenues	• Organizational–managerial arrangements
Bonoli (1997)	1. <i>British</i> : Low percentage of social expenditure financed through contributions (Beveridge); low social expenditure as a percentage of GDP	• Bismarck and Beveridge model
	2. <i>Continental</i> : High percentage of social expenditure financed through contributions (Bismarck); high social expenditure as a percentage of GDP	
	3. <i>Nordic</i> : Low percentage of social expenditure financed through contributions (Beveridge); high social expenditure as a percentage of GDP	• Quantity of welfare state expenditure
	4. <i>Southern</i> : High percentage of social expenditure financed through contributions (Bismarck); low social expenditure as a percentage of GDP	
Korpi & Palme (1998)	1. <i>Basic Security</i> : Entitlements based on citizenship <i>or</i> contributions; application of the flat-rate benefit principle	
	2. <i>Corporatist</i> : Entitlements based on occupational category <i>and</i> labour force participation; use of the earnings-related benefit principle	• Bases of entitlement
	3. <i>Encompassing</i> : Entitlement based on citizenship <i>and</i> labour force participation; use of the flat-rate and earnings-related benefit principle	• Benefit principle
	4. <i>Targeted</i> : Eligibility based on proved need; use of the minimum benefit principle	• Governance of social insurance programme
	5. <i>Voluntary State Subsidized</i> : Eligibility based on membership or contributions; application of the flat-rate or earnings-related principle	

2 O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA

Este capítulo tem por objetivo descrever o Benefício de Prestação Continuada e situá-lo no contexto da seguridade social brasileira, da política de assistência social e do atendimento à população idosa beneficiada no Brasil e no Rio de Janeiro. Para tal, relacionamos alguns aspectos econômicos, políticos e culturais que moldaram a proteção social do Brasil e conformaram também características e mitos comumente presentes em sua política social. O relato das circunstâncias históricas do surgimento e desenvolvimento desta política social, em suas tendências maiores, limita-se, portanto, aos referenciais que julgamos necessário para ilustrar aspectos que não só forjaram as políticas sociais brasileiras como se tornaram parte de sua estrutura.

2.1 1930: os direitos sociais sob a cidadania regulada

Consideramos questão central para o entendimento da política social brasileira o modo como o Estado traduz o conflito e a representação de interesses de classes no arcabouço legal de seu conjunto de direitos e na base institucional criada para garanti-los. O governo instaurado na revolução de 1930 representa um ponto de inflexão no qual o autoritarismo da elite oligárquica, herdado do Império, aprende a lidar com as massas governadas moldando um Estado que, por quase meio século, formularia unilateralmente a política pública, como intérprete direto ou indireto das aspirações populares e organizador do setor social que mais poderia pressioná-lo, o operariado urbano.

A modelagem da política pública brasileira e dos sistemas de seguridade social adotados no país tem origem na acomodação de interesses promovida pela República Nova que tomou o poder em 1930, quando uma elite agrária dissidente, aliada ao movimento tenentista, promoveu uma reforma do Estado voltada a acelerar o processo de industrialização e de acumulação de capital, e a canalizar o atendimento a reivindicações da classe trabalhadora urbana que se formava. O Estado, como legislador e árbitro, interveio nas questões legais e trabalhistas enquanto administrador desse conflito de

classes, intervenção que se expressa nas formas e métodos adotados nas primeiras políticas sociais governamentais.

Este período inaugura o controle do Estado sobre o conjunto de políticas baseadas na exclusão da população não empregada, o que persiste até os governos posteriores à Constituição de 1988 quando, e principalmente a partir do governo Lula, a condição de acesso a novos direitos deixa de ser a inserção produtiva. Esta conformação duradoura do que Wanderley Guilherme dos Santos chamaria de *cidadania regulada* é responsável por fomentar uma cultura de exclusão social, da qual decorre a visão estigmatizada da pobreza e outras questões bem conhecidas, tais como uma institucionalidade fraca e subordinada, e a transitoriedade e pouca efetividade das políticas (focalizadas e setorizadas) aplicadas.

Uma das pré-condições para a revolução de 30 remonta ao ano de 1888, quando a Lei Áurea imperial introduziu na economia “um novo elemento desfavorável e desconhecido sob o regime anterior da escravidão: a instabilidade da mão-de-obra” (PRADO JR, 1982:147). Estava removido o obstáculo oposto ao desenvolvimento do trabalho livre, e a imigração subvencionada canalizara para o Brasil uma forte e regular corrente de trabalhadores (op.cit.) Mas foi o início da crise da economia agrária exportadora, como também descreve o autor:

O trabalhador livre não estará, como o escravo, preso a seu empregador e obrigado, por isso, a sofrer passivamente todas as vicissitudes da exploração do seu trabalho. Logo às primeiras dificuldades o abandonará em busca de situação mais favorável. Tal contingência, particularmente grave num país de baixa densidade demográfica, e portanto de poucas disponibilidades de mão-de-obra, forçará a adoção de um sistema de relações no trabalho que obrigasse o empregado, embora juridicamente livre, a conservar-se no seu lugar. O processo para chegar a este fim e que mais se difundiu no Brasil será o de reter o trabalhador por dívidas.

Em todo caso, nenhum destes obstáculos antepostos à livre circulação dos trabalhadores conseguirá garantir a sua estabilidade. Ainda sob outro aspecto o trabalho livre comprometerá o sistema da grande lavoura. É que substitui à subordinação passiva do antigo escravo uma luta permanente por direitos e reivindicações que afeta muito seriamente a normalidade das relações de trabalho. A diferença notar-se-á desde logo; em particular no caso do imigrante europeu que não precisará de um estágio preparatório, como o ex-escravo, para ter consciência de sua situação de homem livre.¹⁹ (PRADO JR, 1982:147)

Por este e outros fatores (FURTADO, 2005), a economia cafeeira (o café era a base da economia do país, voltada à exportação de produtos primários) tentara, sem efeito,

¹⁹ Reforça-se nesse período a concepção de filantropia como forma de enfrentamento da pobreza, e a concepção de que pobres e desempregados são vagabundos e vivem em decadência moral (Adorno, 1990).

beneficiar-se de seguidos planos ou políticas de “defesa do café”, até atingir tamanha crise que chegou a discutir o que mais convinha, “colher o café ou deixá-lo apodrecer nos arbustos”, conforme descreve Celso Furtado, que assim relata o dilema dos agricultores:

A solução que à primeira vista pareceria mais racional consistia em abandonar os cafezais. Entretanto, o problema consistia menos em saber o que fazer com o café do que decidir quem pagaria pela perda. Colhido ou não o café, a perda existia. Abandonar os cafezais sem dar nenhuma indenização aos produtores significava fazer recair sobre estes a perda maior. Ora, conforme já vimos, a economia havia desenvolvido uma série de mecanismos pelos quais a classe dirigente cafeeira lograra transferir para o conjunto da coletividade o peso da carga nas quedas cíclicas anteriores. Seria de esperar, portanto, que se buscasse por esse lado a linha de menor resistência.²⁰ (FURTADO, 2005:264)

No ano seguinte ao fim da escravidão, o advento da República²¹ viria a criar uma descentralização que acabou por precipitar a mudança de 1930. A descentralização deixou a cargo dos Estados importantes decisões da economia, reforçando o poder dos plantadores de café em nível regional, permitindo-lhes que apelassem diretamente ao crédito internacional para impulsionar seu projeto de valorização do café (manutenção de altos preços de exportação do produto), mesmo sem apoio federal. Assistiu-se, neste período, à formação de grupos de pressão nos Estados produtores de café, liderados por São Paulo, e até 1930 os barões do café submeteram o governo central aos objetivos de sua política econômica. Contudo, “depois de alguns anos de funcionamento do plano, não havia mais como sair da situação artificial e precária que se criara. É na base de preços altos que se tinham contraído as dívidas da lavoura; era preciso, pois, mantê-los” (PRADO JR, 2007:147), o que exigia retenções cada vez maiores e novas dívidas para financiar uma produção que não era vendida. Esse sistema torna-se absolutamente inviável diante da retração dos mercados compradores com a crise de 1929.

O desenlace fatal virá com o craque da Bolsa de Nova Iorque em outubro de 1929. O curso do café não resistirá ao abalo sofrido em todo mundo financeiro, e declinará bruscamente de 30%. A queda ainda será depois mais acentuada. Ao mesmo tempo estanca-se o crédito externo e suspende-se o financiamento do café retido; processa-se à liquidação dos débitos contraídos. *Lazard Bros.*²²

²⁰ A transferência de custos da produção capitalista ao conjunto da sociedade tornou-se característica da política econômica nacional.

²¹ Prado Jr preferiu chamar de “advento da República” a data conhecida como de sua Proclamação, já que, na visão do autor, “a mudança de regime não passou efetivamente de um golpe militar, com o concurso apenas de reduzidos grupos civis e sem nenhuma participação popular”. Mesmo assim, ressalta, a República veio romper “o equilíbrio conservador que o Império até então sustentara”.

²² Instituição bancária de Londres que adiantava aos produtores brasileiros (exceto os de São Paulo) o equivalente a até 50% das colheitas retidas pelo Instituto do Café, encarregado do controle de estoque para

ainda lançarão na fogueira mais 20 milhões de libras para tentar a salvação dos últimos restos do desastre. Mas isto de pouco servirá: os novos preços do café não eram suficientes para fazerem face aos débitos anteriormente contraídos pelos lavradores. A sua ruína era completa. (PRADO JUNIOR, 1982:164)

A decisão de acelerar o processo de industrialização no país ocorreu, inicialmente, porque “não era mais possível manter-se a economia brasileira e alimentar a vida do país dentro de seu antigo sistema produtivo tradicional”, “por força das transformações sociais e econômicas que se associam ao desenvolvimento do capitalismo industrial e que assumem um ritmo mais intenso a partir de 1930” (PRADO JR). A questão rural x urbano também é destacada por Octavio Ianni:

Desde os inícios do século XX, desenvolve-se o debate sobre a vocação agrária e/ou vocação industrial do Brasil. A sucessão e a coexistência de “ciclos econômicos” na história do país, bem como a sucessão de crises da “economia primária exportadora”, ou de “enclaves”, logo colocaram a possibilidade, a necessidade e a urgência da industrialização. (IANNI, 2000)

O novo Estado desenvolve uma política voltada a obter apoio da classe trabalhadora urbana e a deter sua contestação. De acordo com Weffort, “o célebre slogan de Antonio Carlos em 1930 – “façamos a revolução antes que o povo a faça” – constitui a divisa de todo o período histórico que se abre com aquele movimento”:

A Revolução de 30 denuncia, em vários aspectos, este compromisso fundamental entre os setores urbanos e os grupos agrários dominantes. E a natureza deste compromisso está implícita na célebre frase de Antonio Carlos, chefe do governo do Estado de Minas, representante de um dos mais fortes setores agrários, e um dos chefes da revolução (...). Poder-se-ia dizer, com efeito, que em 30 certos setores agrários anteciparam aos setores urbanos e definiram deste modo os limites de ação destes últimos. (WEFFORT, 1980:49)

Dividida, a oligarquia agrária dissidente se reacomoda no poder, alija o trabalhador do campo e busca apoio na camada que ela mesma trata de fortalecer e, ao mesmo tempo, controlar: a dos trabalhadores urbanos. Segundo Wanderley Guilherme dos Santos,

A intervenção do Estado (...) foi a forma de resolver o problema de ação coletiva dos trabalhadores urbanos tendo em vista a concorrência existente entre parte da elite oligárquica que havia tomado o poder e a outra parte da elite. [Ambas] comunhavam com a decisão de não chamar os trabalhadores do campo

obtenção de preço de exportação. Criou-se sobre o café um novo imposto destinado às despesas com a execução do plano e serviço das dívidas contraídas. Em São Paulo, o financiamento era feito com recursos de um banco oficial estadual (PRADO JUNIOR, 1982).

para entrar no jogo político. Quem entra no jogo político é o trabalhador urbano, organizado por uma parte da elite tendo em vista apoiá-la nas suas disputas ao nível mais geral do poder político com a elite que havia perdido o poder. (SANTOS, 2011)

A massa trabalhadora não desempenhou papel ativo na mudança de 1930 nem no novo governo, mas este precisava dela para se legitimar. Diz Weffort: “Nenhum dos grupos (...) [detinha] com exclusividade o poder político. Esta circunstância de compromisso abre a possibilidade de um Estado, entendido como um órgão (político) que tende a afastar-se dos interesses imediatos e a sobrepor-se ao conjunto da sociedade como soberano”.

(...) nenhum dos grupos participantes do poder (direta ou indiretamente) pode oferecer as bases da legitimidade do Estado: as classes médias porque não possuem autonomia política frente aos interesses tradicionais em geral, os interesses cafeeiros porque foram deslocados do poder político sob o peso da crise econômica, os setores menos vinculados à exportação porque não se encontram vinculados aos centros básicos da economia. (...) Nestas condições, aparece na história brasileira um novo personagem: as massas populares urbanas. É a única fonte de legitimidade possível ao novo Estado brasileiro. (WEFFORT, 1980:50)

O desenvolvimento do trabalho e do assalariamento gerava necessidades de proteção da força de trabalho. Garantias mínimas de bem-estar começaram a ser adotadas como mecanismo de reprodução da força de trabalho e de acumulação capitalista. Um Estado de postura tutelar inaugurou a lógica ocupacional, corporativista, que formou a base da política social brasileira, aprofundando diferenças – entre filiados e não filiados, e entre categorias de trabalhadores no grupo dos filiados – em detrimento de uma cidadania universalizadora de direitos, baseada no pressuposto da igualdade.

Francisco Weffort sintetiza a orientação geral deste período, no qual a política social brasileira ganharia outros contornos que a caracterizariam:

Através de Getúlio, o Estado criará uma estrutura sindical que controlará durante todas as décadas posteriores, "doará" uma legislação trabalhista para as cidades (atendendo assim à pressão das massas urbanas, que manipula, sem molestar os interesses do latifúndio) (...). Enfim legalizará a "questão social", ou seja, reconhecerá para as massas o direito de formularem reivindicações. Firmando seu prestígio nas massas urbanas, Getúlio estabelece o poder do Estado como instituição, e esta começa a ser uma categoria decisiva na sociedade brasileira. Relativamente independente desta, através dos mecanismos de manipulação, passa a impor-se como instituição inclusive aos grupos economicamente dominantes. (...) passa à condição de árbitro que decide em nome dos interesses nacionais. Encontra, portanto, a possibilidade de

formular uma política econômica e social – muitas vezes contraditória e descontínua pois atende ao inevitável jogo das pressões dos interesses imediatos dos grupos dominantes. (WEFFORT, 1980:51)

O Estado adotou a regulação do trabalho como estratégia para aumentar a produtividade e, assim, estimular a formação do capital necessário à industrialização, procurando controlar as relações capital-trabalho. De um lado, estabeleceu direitos na forma de uma vasta legislação trabalhista, regulando o contrato trabalhista, e social, regulamentando a previdência; de outro, na criação de uma organização sindical determinada pelo próprio Estado e a ele atrelada. O Estado aceitava que os trabalhadores tivessem direito a reivindicar, mas teriam que fazê-lo na estrutura adequada.

Faz-se necessário, portanto, considerar que a Legislação Social desenvolvida a partir de 1930 garantiu algumas coberturas significativas para os trabalhadores urbanos por ela atendidos, a despeito dos limites que estas políticas apresentaram, no sentido de aprofundar um processo de desigualdade no seio da classe trabalhadora, como será visto mais à frente.

A montagem desse sistema público de políticas sociais expressou, no entanto, uma modalidade de inserção subordinada e controlada dos interesses subalternos no âmbito do Estado, o que contribuiu para reforçar as estruturas capitalistas de dominação. Mas esse é apenas um lado da questão, pois é preciso entender que o movimento de inscrição desses interesses nos dispositivos nas políticas representou também o seu reconhecimento e a oportunidade de expressão e negociação dos mesmos. (REIS, 2011)

As políticas sociais pós-1930 surgem vinculadas ao trabalho e ao estímulo à capacidade produtiva e direcionadas às classes assalariadas urbanas, tendo o Estado como intermediário de um grande acordo entre trabalhadores e a velha nova elite industrial. Começaram a ser atendidas reivindicações do operariado urbano existentes desde o período agrário-liberal anterior. Organizada em sindicatos, a base trabalhadora urbana, mesmo que de forma subalterna, via seus direitos se ampliarem na nova conjuntura política. A previdência adquire um caráter central e centralizador na política social brasileira, vindo a ser responsável não só por pensões e aposentadorias, mas por mecanismos de assistência à saúde e social. Os que não tinham trabalho formal (cerca de 70% da população) ficavam fora do alcance da política social estatal.

O acesso à Previdência Social vira privilégio daqueles que conseguem vencer os azares do mercado e se credenciar perante a sociedade (e o capital) como trabalhador produtivo. (TELLES, 1990)

Esta cidadania regulada, originada da ocupação laboral, instituída por Getúlio Vargas em 1930, foi mantida por ele no Estado Novo (período que foi de 37 a 45²³) e tornou-se característica da política social brasileira com pouca diferença entre regimes mais ou menos democráticos²⁴. De acordo com Wanderley Guilherme dos Santos,

A grande invenção do sistema varguista foi a cidadania regulada, foi criar uma legislação em que a definição de direitos está fundada nas ocupações, e não universalisticamente nos indivíduos. E as ocupações só adquiriam identidade social e política como titulares de direitos se fossem reconhecidas pelo poder público. Ter a profissão reconhecida e regulada pelo poder público sempre foi uma aspiração dos movimentos de trabalhadores. O Estado controlava a entrada dos segmentos da população brasileira no universo dos direitos. A cidadania regulada passou a ser a chave de controle do ritmo com que a cidadania das ocupações foi se expandindo no Brasil. (SANTOS, 2011)

O direito à aposentadoria dos empregados dos Correios consta como primeiro registro de política estatal previdenciária no país. Data de 26 de março de 1888 o Decreto nº 9.912-A, que fixava em 30 anos de efetivo serviço e idade mínima de 60 anos os requisitos para a aposentadoria (MPS, 2013). Caixas de Socorros, Fundos de Pensões e Montepios foram sendo criados por leis e decretos, sempre focalizando categorias profissionais.

O Decreto nº 221, de 26 de fevereiro de 1890, instituiu a aposentadoria para os empregados da Estrada de Ferro Central do Brasil, benefício depois ampliado a todos os ferroviários do Estado (Decreto nº 565, de 12 de julho de 1890). Em 1919, a Lei nº 3.724, de 15 de janeiro, tornou compulsório o seguro contra acidentes do trabalho em certas atividades.

Considera-se marco inicial da Previdência Social o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 (conhecido como Lei Elói Chaves, nome do autor do projeto), que determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os empregados de cada empresa ferroviária e, nos anos seguintes, foi estendida a outros setores por novas leis. A lei tem inspiração tipicamente bismarckiana, que orientaria todo o processo previdenciário brasileiro no qual, praticamente até 1988, com a Constituição Federal, residiria a base da proteção social do Estado.

²³ Em 1937, Getúlio mantém-se no poder por um golpe de Estado, cancela as eleições que haveria em 1938 e promulga uma nova Constituição.

²⁴ O termo cidadania regulada foi proposto pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos para designar a cidadania restrita e vigiada que orientou o tratamento da questão social a partir de 1930.

Criado pelo Decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930, o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio tinha como atribuição (entre outras) orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões. O Ministério tratou de consolidar a Previdência no Brasil: em 1931, o Decreto nº 20.465, de 1º de outubro, estendeu o Regime da Lei Elói Chaves aos empregados dos demais serviços públicos concedidos ou explorados pelo Poder Público; em 1933, o Decreto nº 22.872, de 29 de junho, criou o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos, considerado “a primeira instituição brasileira de previdência social de âmbito nacional, com base na atividade genérica da empresa” (MPS, 2013).

Por meio de diversas leis e decretos, foram criados institutos e caixas de Aposentadoria e Pensões; critérios de aposentadoria foram sendo gerados e unificados. As diversas CAPs estabelecidas na forma de sociedade civil e que abrangiam trabalhadores por categorias profissionais e empresas, a partir de 1933 passam a ser organizadas em função das categorias profissionais, com o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) como autarquias organizadas. O trabalho, a previdência e os sindicatos vão sendo organizados por categoria profissional.

Gradativamente, o governo de Getúlio Vargas foi estruturando a previdência na esfera pública e promulgando leis trabalhistas. Em 1932 foram regulamentados o trabalho feminino e de menores, a jornada de oito horas, as férias para comerciários e industriários, as providências quando de acidentes de trabalho e a instituição de Carteira de Trabalho. Em 1934, a nova Constituição incorporou a seu texto os direitos a salários-mínimos regionais, previdência, saúde, amparo à maternidade e à infância. Também instituiu a Justiça do Trabalho e, em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)²⁵. A relação entre Estado e classe operária organizava-se mediante a interligação do sindicato, justiça do trabalho e previdência, aumentando enormemente a cobertura da previdência. Ao final da década de 40, o total de segurados multiplicara-se por dez (BRASIL, 2008).

Entre 1930 e 1945, prevaleceu na política previdenciária o fortalecimento da lógica do Seguro Social público. Segundo REIS (2011), com base num “modelo de capitalização” inspirado no Seguro Privado, houve contenção de gastos com outras esferas da proteção social ao trabalhador, e “os recursos acumulados nesse período foram retidos pelo Estado para financiar o processo de industrialização, fato que continuou em outros momentos, o

²⁵ Apesar da previsão constitucional, o salário-mínimo e a Justiça do Trabalho só foram regulamentados e entraram em vigor em 1940.

que levou a Previdência Social a se constituir em um importante mecanismo de acumulação nas mãos do Estado”²⁶ (REIS, 2011).

No processo de consolidação, a Previdência Social estenderia sua ação a outras atividades. Em 1940, o decreto-lei no 2.478, de 5 de agosto, instituiu o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e, em 1944, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), mantidos com aporte de recursos destinados pelos diversos institutos. Vai-se constituindo uma rede de serviços voltados ao atendimento exclusivo dos trabalhadores urbanos filiados aos IAPs, bem como a disfunção de utilizar recursos da Previdência no financiamento de diversas políticas, inclusive infraestrutura.

Este alargamento da abrangência intensificou-se na redemocratização iniciada em 1945, com a deposição de Getúlio Vargas, e o modelo previdenciário brasileiro passou a incorporar a oferta de alguns serviços de assistência médica e benefícios assistenciais não estritamente pautados na lógica contributiva de assistência médica e assistência social, possível influência das ideias do Plano Beveridge, apresentadas em 1942 (REIS, 2011). Esta convivência de duas lógicas não constitui um pré-sistema de Seguridade Social, visto que, mesmo abrangente, a oferta de outros serviços e benefícios é limitada na cobertura. Contudo, representa uma perspectiva mais distante do seguro, que se aproxima do universalismo que viria inspirar a Seguridade Social instituída em 1988²⁷.

As Caixas compunham um sistema privado de previdência, e foram extintas progressivamente até sua total substituição pelos Institutos, públicos, em 1953, o que representou a implantação final do sistema regulado. Dependia do governo o reconhecimento das categorias e seus instrumentos, e nesse clima de barganha, categorias ainda não abrangidas pelo poder público mantinham suas Caixas em funcionamento, ou criavam novas.

A partir desta centralização dos Institutos, mudanças significativas no sistema previdenciário só viriam acontecer sob os governos militares pós-64. Na assistência social, em 1942 fora autorizada a organização definitiva e o funcionamento da Legião Brasileira

²⁶ Na década de 50, tais recursos foram utilizados na construção de Brasília, evitando maiores ônus para o Tesouro.

²⁷ Previdência, Assistência Social e Saúde constituem a formalidade da Seguridade conformada em 1988, e por isso as políticas previdenciária e de assistência médica e social são destacadas em nosso texto. Evidentemente, o Estado também desenvolveu outras políticas básicas e que podem ser entendidas como componentes de uma seguridade em sentido amplo, como as de saneamento, nutrição, educação, saúde pública. Na educação, em 1934 foi incorporado à Constituição o direito ao ensino primário público, laico, obrigatório e garantido pelo Estado. A chamada *legislação garantista* veio a caracterizar a CF de 1988, quando tornou o direito social uma obrigação estatal.

de Assistência (LBA), o que oficializou a assistência social enquanto órgão legal de colaboração com o Estado, voltada ao atendimento de questões sociais demandadas por grupos excluídos pelas políticas públicas e praticamente financiada pela Previdência (IAPs). A principal função da LBA era a proteção à maternidade e à infância, o amparo aos velhos e desvalidos e a assistência médica às pessoas necessitadas, sistema que ganha vulto com a participação do Departamento Nacional da Criança do Ministério da Saúde, do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e do Serviço Social da Indústria (SESI). A LBA afirma-se como principal mecanismo de assistência social no país, atuando ao mesmo tempo na assistência médica da população desfilhada. Ao mesmo tempo em que reconhecia a necessidade de políticas públicas para a população descoberta, o Estado destinava-lhes uma atenção residual e que serviu para aprofundar diferenças e consolidar um processo de exclusão na sociedade brasileira.

O período democrático entre 1945 e 1964 não aprofundou a participação popular, manteve os direitos restritos aos que tinham emprego e um projeto de desenvolvimento econômico e social de dominação das classes trabalhadoras, “marcadas pela repressão e/ou cooptação no plano político e pela intensa expropriação no nível econômico” (REIS, 2011).

A crise institucional que se manifesta em toda plenitude desde a renúncia de Jânio Quadros, expressa-se, em verdade, em todas as crises que desde 1945 assinalam a história política do Brasil. Por força das transformações sociais e econômicas que se associam ao desenvolvimento do capitalismo industrial e que assumem um ritmo mais intenso a partir de 1930, a democracia defronta-se, apenas começa a instaurar-se no após guerra, com a tarefa trágica de toda democracia burguesa: a incorporação das massas populares ao processo político. O crescimento das cidades e do proletariado lança à vida política amplos contingentes da população e o processo de absorção das massas passa a constituir uma dimensão política essencial de novo período. (...) encontraremos a pressão crescente das massas sobre a estrutura do Estado como uma das condições decisivas das crises desta fase. (WEFFORT, 1980:17)

Em 1954, O Decreto nº 35.448, de 1º de maio, expediu o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, criaria a Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No mesmo ano, em 10 de setembro, foi aprovado o Regulamento Geral da Previdência Social. Em 1963, a Resolução nº 1.500, de 27 de dezembro, do Departamento Nacional de Previdência Social, aprovou o Regimento Único dos Institutos de Aposentadoria e Pensões. Em 1964, instituído o novo governo militar,

após algumas transformações na LOPS, e a instituição do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço-FGTS (Lei nº 5.107, de 13 de setembro de 1966), o Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Criada de cima para baixo em 1930, a Previdência Social era unificada novamente de forma autoritária.

Em 1º de maio de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social. A distinção entre Previdência e Assistência tornou-se oficial. Um esboço de seguridade social se formava, mas ainda não apontava na direção do universalismo e mantinha o atendimento restrito aos segurados.

A Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social,

com a difícil missão de integrar as seguintes funções: concessão e manutenção de benefícios, prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência e da Assistência Social. Para o cumprimento dessa missão, foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Central de Medicamentos (CEME), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA). (BRASIL, 2011)

As medidas que mais aproximaram o novo Sistema da futura configuração de seguridade social foram tomadas em 1970, com a criação do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), e, principalmente, em 1971, com o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) (Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971), que concedia ao trabalhador rural os benefícios de aposentadorias por velhice e invalidez, pensão por morte, auxílio-funeral, serviços de saúde e serviço social, tendo cabido ao INCRA a função de emitir os documentos necessários à obtenção do amparo previdenciário pelo trabalhador rural. Pela primeira vez, a política social brasileira estendia direitos a uma camada que não contribuía previamente, no formato do seguro social, mesmo que, na época, a aposentadoria correspondesse a meio salário-mínimo.

Ainda no regime militar, em 1974, a Lei nº 6.179 criou a Renda Mensal Vitalícia (RMV) como benefício previdenciário. Tinham direito ao benefício pessoas “maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho”

que não auferiam rendimento superior a 60% do valor do salário mínimo e não fossem mantidas “por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento”. A elegibilidade ao RMV dependia ainda do cumprimento de uma de três condições: ter sido filiado ao regime do INPS por no mínimo por 12 (doze) meses, consecutivos ou não; ter exercido atividade remunerada atualmente incluída no regime do INPS ou do FUNRURAL, mesmo sem filiação à Previdência Social, no mínimo por 5 (cinco) anos, consecutivos ou não; ou ter ingressado no regime do INPS após completar 60 (sessenta) anos de idade sem direito aos benefícios regulamentares²⁸.

Assim como fizera Getúlio Vargas, o regime militar de 1964 procura atender necessidades remanescentes do período anterior, valendo-se de políticas sociais “apoiadas em sistemas centralizados, que as decidiam e implementavam, através de um processo marcado pela ausência de controle público e, principalmente, sem a participação dos beneficiários” (REIS, 2011). Para isso, fez crescer o sistema Previdência – Assistência Social. Isso era importante para conferir legitimidade ao regime e cumprir sua tarefa de subordinar o país às novas exigências do capitalismo internacional, que já ensaiava seus processos de internacionalização do capital.

Também como fizera Getúlio, os governos militares expandiram a partir da Previdência Social a sua rede de políticas, buscando nos setores do grande capital, na burocracia e na “nova classe média”, temerosa do “comunismo”, a sustentação necessária aos governos que viriam a ser exercidos de forma autocrática, ampliando o aparelho estatal do executivo. Os demais poderes e diversos organismos da sociedade civil, como os sindicatos, foram desorganizados (proibidos de se manifestar), desmantelados ou colocados sob a direção forçada de “pelegos”. Com o controle do sistema político e a desmobilização da sociedade, o regime desenvolveu seu projeto de crescimento econômico e modernização baseado na exploração do trabalho, em maior acumulação capitalista e no aumento da desigualdade e concentração de renda. Além de ampliar a oferta de serviços e sua cobertura, dava início à privatização de parte de seus serviços.

Em 13 de dezembro de 1960, o quinto Ato Institucional do governo militar (decreto conhecido como AI-5) se sobrepôs aos dispositivos da Constituição de 1967 e deu poderes

²⁸ O acesso à Renda Mensal Vitalícia foi cancelado em 1º de janeiro de 1996, quando entrou em vigor a concessão do BPC, mas o pagamento do benefício é mantido para os que têm o direito adquirido. A partir da Lei Orçamentária Anual de 2004, os recursos para pagamento da RMV e despesas operacionais foram alocados no orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social, junto ao do BPC. Diferentemente do BPC, a RMV, enquanto benefício previdenciário, dá direito a gratificação natalina (décimo-terceiro) e origina pensão por morte do beneficiário (PMV).

supremos ao chefe do Executivo, inclusive o de punir arbitrariamente os que considerassem inimigos do regime. Foi suprimido o direito ao habeas corpus o que, na prática, significava prisão de manifestantes sem recurso a direitos constitucionais. Outros métodos autoritários foram instituídos ou agravados, como a censura e a censura prévia a canais de informação e produção cultural, a cassação, prisão e exílio de políticos e magistrados, o fechamento do Congresso Nacional. O Poder Judiciário também não podia intervir no Poder Executivo. Foi iniciado o período de maior violência e repressão do governo militar, cujos assassinatos ainda hoje são investigados pela Comissão da Verdade.

Mesmo com os “anos de chumbo”, como é chamado o período, os militares, ao fim da década de 70, comandavam um país cuja economia tinham dificuldade para recuperar. Alguma abertura política já acontecia, e os numerosos casos de corrupção na máquina pública revelados pela imprensa evidenciavam uma realidade distinta da que fora propagandeada em época de censura. Os setores de saúde e educação enfrentavam rombos enormes e a sociedade pressionava para que os militares deixassem o poder. Em 1979 foi aprovada a Lei da Anistia, em 1979, pelo governo de João Baptista Figueiredo, mas foi apenas em 1984, com a eleição presidencial de Tancredo Neves ainda de forma indireta, pelo Colégio Eleitoral, que terminava a ditadura militar.

Tancredo Neves foi internado antes de ocupar o cargo e faleceu um mês depois. Quem ocupou o cargo da presidência foi seu vice, José Sarney, sob cujo governo uma nova Constituição foi formulada e concluída, em 1988. O texto constitucional previa o fim da censura e proclamava o direito às liberdades civis da sociedade, mas também avançava na formulação de novos direitos sociais e de cidadania, numa possível expectativa – dos grupos de esquerda que participaram como constituintes ou exercendo pressão enquanto sociedade civil – de, por força da lei, transformar o Estado brasileiro em um Estado executor de políticas públicas universalistas.

2.2 1988: a responsabilidade estatal sobre a cidadania plena

2.2.1 Dilemas da seguridade social

A estranheza de ter no poder um José Sarney egresso da ARENA²⁹ convivía com o acirramento do processo de luta de classes e a emergência à cena política do movimento social das classes subalternas e a luta pela democratização (Maciel, 2011), bem como a reorganização de sindicatos, entidades estudantis e a volta ao pluripartidarismo. O modelo econômico padecia de uma crise em que se aprofundaram a desigualdade social e a má distribuição de renda, crise cujas origens

remontam à crise conjuntural que envolveu os dois últimos governos da Ditadura Militar e se prorrogou para os dois primeiros anos do governo da Nova República, evoluindo para uma crise de hegemonia. Na verdade, trata-se da crise de um padrão de acumulação capitalista centrado no Estado desenvolvimentista e baseado numa aliança político-social que tinha nas frações estatal, privada nacional e estrangeira do capital monopolista seu eixo de sustentação. (MACIEL, 2011, 99-100)

Destaque-se o papel decisivo do movimento sindical, que retomava sua ação desde a greve da campanha salarial no ABC paulista ainda em 1979, sob o governo de João Figueiredo. Os metalúrgicos do ABC tornaram-se vanguarda do sindicalismo brasileiro e de lá emergiu a candidatura de Lula à presidência da República, interrompendo uma tradição puramente elitista. Criados por Getúlio Vargas como correia de transmissão da política oficial, os sindicatos tinham adquirido uma independência política que dificilmente lograriam atingir sem o financiamento privado de seu funcionamento pelos próprios trabalhadores, através do imposto sindical obrigatório recolhido pelo governo. Wanderley Guilherme dos Santos assim comentou o processo iniciado em 1930 quando o Estado se coloca como concorrente dos tradicionais anarquistas e comunistas no papel de organizar esse novo ator – as classes trabalhadoras urbanas – e obter deste ator, apoio.

[O Estado] começa a criar um repertório de direitos e a atribuí-los a uma conquista desse sindicalismo, para domesticar ou controlar o movimento operário das duas maiores cidades (Rio de Janeiro e São Paulo). Porém, uma vez constituído esse setor, já proprietário de direitos, ali dentro se instala uma

²⁹ Sigla da Aliança Renovadora Nacional, partido político criado em 1965 com a finalidade de dar sustentação política ao governo militar com a extinção dos 13 partidos existentes e a criação da ARENA, situacionista, e do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), que agrupou toda a oposição no sistema bipartidário.

luta permanente pela ampliação desses direitos, do mesmo modo que, do ponto de vista dos que estão de fora se constitui uma luta não para acabar com o imposto sindical e o sindicato único, não para acabar com a cidadania regulada, mas para entrar nela. (SANTOS, 2011)

O sistema de proteção social previsto na Constituição introduzia “uma dimensão mais universalista, de influência beveridgeana, para além do modelo bismarckiano que prevalece para concessão de aposentadorias, pensões e outros direitos previdenciários (...) [inclusive] o direito a uma renda monetária, independentemente de contribuição prévia³⁰”, justificada pela necessidade e garantida a isonomia, “igualando o valor do piso dos benefícios previdenciários e assistencial” (LAVINAS E CAVALCANTI, 2007).

A Constituição de 1988 institucionalizou o conceito seguridade social para designar uma forma nova e ampliada de implementar e articular políticas já existentes no Brasil desde o início do século XX. O conceito, amplamente discutido, foi estabelecido como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194 da CF), consagrando “o entendimento de política social como conjunto integrado de ações e como dever do Estado e direito do cidadão a uma proteção universal, democrática, distributiva e não estigmatizadora” (SENNA E MONNERAT, 2008:195).

Seguridade social não se confunde com seguro social, política social, welfare state, estado de bem-estar social ou Estado Providência. Cada termo expressa particularidades das nações em que se instituíram e desenvolveram (BOSCHETTI, 2007). A seguridade social também pode apresentar características e abrangência diferenciadas, de acordo com as especificidades de cada país, podendo limitar-se aos seguros ou incorporar outras áreas (BOSCHETTI, 2003).

No caso brasileiro, a Constituição definiu os seguintes princípios organizadores desta seguridade: universalidade da cobertura e do atendimento, segundo os quais todos os cidadãos têm direito à proteção social; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações rurais, mediante as quais o trabalhador rural passa a integrar o conjunto dos cidadãos, principalmente no âmbito previdenciário; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, pelas quais as necessidades individuais determinam os benefícios ou serviços que devem ser concedidos;

³⁰ Que viria a ser regulamentada na forma do BPC.

irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento – as contribuições devem incidir sobre múltiplos setores da economia e da produção, e ainda sobre os salários; caráter democrático e descentralizado da administração.

A instituição da Seguridade Social e a garantia, na Constituição, de pagamento de “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei” (Seção IV, art. 203-V), independentemente de contribuição à seguridade social, rompe definitivamente com o padrão legal da cidadania regulada baseado na concepção contratual da previdência, uma desvinculação, segundo Wanderley Guilherme dos Santos, iniciada pelo FUNRURAL, ao lado do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Integração Social (PIS), criados respectivamente em 1966 e 1970 (SANTOS, 1979:114-5).

As eleições constituintes e a convocação da assembleia em 1988 ocorreram em meio a um processo de mobilização social, com grande participação política de estudantes, trabalhadores e grupos da sociedade civil organizados em torno da representação de interesses coletivos. Contudo, a correlação de forças representada em diversas “quedas de braço” no processo constituinte mostrou-se distante da correlação maior entre as estruturas sociais e a própria população. Isso afetou a efetivação da seguridade social prevista.

Em 1989, a sociedade votou pela primeira vez após o fim do regime militar, e elegeu como presidente Fernando Collor de Mello que propunha, como já tentara seu antecessor, um plano econômico nacional que extirparia de vez a hiperinflação.

A crise política iniciada com a crise da Ditadura Militar permaneceu, evidenciando claramente a ausência de unidade entre as classes e frações do bloco no poder em torno de um projeto histórico de largo fôlego e a permanência do movimento social das classes subalternas como alternativa de governo e poder, além da própria fragilidade da democracia recém-instalada. (...) O período que abrange a posse de Fernando Collor, em março de 1990 ao seu afastamento da presidência da República, em setembro de 1992, é caracterizado pelo acirramento progressivo da crise de hegemonia burguesa iniciada em 1987 com o colapso do Plano Cruzado e o início do processo constituinte. Apesar do caráter predominantemente autocrático – o que apenas reformou o Estado autocrático-burguês no Brasil –, determinado pela incorporação à nova institucionalidade democrática de diversos aspectos fundamentais da institucionalidade autoritária pretensamente abolida, a Constituição de 1988 também incorporou diversos direitos sociais e políticos defendidos pelas forças democráticas e pelo movimento social das classes subalternas. Esta situação revelou não só a força política das classes subalternas,

apesar de todas as manobras para esvaziar sua influência no processo constituinte, mas a ausência de unidade entre as frações do bloco no poder, cujas dissensões permitiram o avanço político das forças de esquerda (MACIEL, 2011:98-99).

“Como elemento condutor da ação governamental em todas as suas esferas” (op.cit.), inicia-se no governo Collor a implantação do projeto neoliberal como alternativa de dominação social do bloco no poder, embora já se identifique políticas neoliberalizantes desde o governo Figueiredo (1979-1985). A eleição de Collor,

após mais de vinte anos de ditadura militar, representou um retrocesso significativo nos ideais defendidos na Constituição Cidadã. Notadamente no plano das políticas sociais, o governo mostrou-se profundamente conservador, patrimonialista e populista, contrariando as diretrizes universalistas das reformas sociais em curso. (SENNA E MONNERAT, 2011:198)

Nem o fracasso de dois planos econômicos e o próprio processo de *impeachment* que o afastou prematuramente do governo impediram a efetivação de uma hegemonia neoliberal no país em novas bases políticas, com a posterior eleição de Fernando Henrique Cardoso.

Portanto, a correlação de forças que sustentara a inclusão de políticas universais e de uma seguridade social na CF 88 não foi a mesma que viria a decidir os rumos políticos da Nação. Na arena das políticas públicas, a correlação era outra e tendia a um alinhamento com a onda neoliberal mundial.

É consensual a avaliação de que a seguridade social tal como inscrita na Constituição de 1988 não foi ainda de fato implementada. (...) A generosa perspectiva que se quis imprimir à seguridade esbarrou desde logo nos limites da crise econômica do país, com repercussão no financiamento da área social, ao mesmo tempo em que enfrentou o avanço de uma forte coalizão política contrária aos princípios de universalização dos direitos e de provisão pública dos serviços sociais. (MARCONSIN E SANTOS, 2008:197)

A introdução tardia e formal de uma seguridade de cunho universalizante, décadas depois de seu desenvolvimento inicial em países europeus, representa um embate entre o trinômio desta seguridade – assistência, previdência e saúde – e “o trinômio do liberalismo – privatização, focalização e descentralização (desconcentração e desresponsabilização)” (BEHRING, 2008:157).

José Paulo Netto analisa esta conjuntura:

É preciso salientar que as experiências de Welfare não expressaram uma possível “evolução normal” (ou “natural”) do desenvolvimento capitalista. Ao contrário: elas constituíram uma excepcionalidade (cronológica, espacial e sociopolítica) na processualidade multissecular do capitalismo. (...) A grande burguesia monopolista, que por trinta anos viveu a sua lua-de-mel com o intervencionismo keynesiano, agora dispôs-se a romper litigiosamente o breve matrimônio. E por uma razão simples: em 1974-1975, pela primeira vez desde o pós-guerra, a economia capitalista mundial conheceu uma recessão generalizada, que atingiu simultaneamente todos os principais países capitalistas. (...) É para travar e reverter a queda das taxas de lucro que a burguesia monopolista dá curso a uma ofensiva do capital – entre cujos objetivos está o assalto às experiências de Welfare –, ideologicamente configurada no neoliberalismo. Objetivamente, ao movimento do capital repugna qualquer tipo de controle ou regulação externa ao jogo do mercado – e os vários modelos de Welfare consistiam em regulações políticas impostas ao capital. A ofensiva iniciada nos anos setenta teve uma finalidade central – fazer do mercado o único regulador societário. (...) não se trata de “diminuir” o Estado, mas de amputar as funções democrático-reguladoras que a pressão das organizações de operários e de trabalhadores conseguiu inscrever no Estado burguês até a sexta década do século passado. (NETTO, 2007:145-46)

A Seguridade Social, avalia Maria Helena Tenório de Almeida, foi atingida no âmago pela chamada globalização da economia, que a inscreve na rubrica dos gastos do Estado com Proteção Social. Ocorre uma tendência em todos os países a aceitar uma redução crescente das coberturas sociais “a meros vestígios”, à medida que, diante das necessidades permanentes de reestruturação produtiva, a liberação dos fluxos internacionais de capital dá lugar a uma desregulamentação econômica na qual “aumenta o individualismo, afrouxando os mecanismos de solidariedade (...) configurando um projeto de desregulação e desestruturação do mercado de trabalho” (ALMEIDA, 2008:23-26).

A relação trabalho-seguridade social, que vigorou por toda a segunda metade do século XX, sofre uma fratura quando a ortodoxia neoliberal desfaz a ideia do direito do trabalho como bem público. Desfeita a ideia – e a promessa – do direito ao trabalho como obrigação da sociedade, através do Estado, a necessidade da política social torna-se maior. Mas esta faz parte da mesma estrutura de responsabilização que ao estado neoliberal não interessa mais.

Os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado e a reprodução é inteiramente devolvida para este último âmbito; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação (do Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – é também um novo Estado, um cenário diferente que expressa – ao mesmo tempo que define – novas condições da luta social. (SOARES, 2001:12)

Netto relaciona os traços principais do “elenco neoliberal de programas voltados para a pobreza”:

- a desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica;
- a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às *organizações não-governamentais* e ao chamado *terceiro setor*;
- desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade;
- a política voltada para a pobreza é prioritariamente *emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial.* (NETTO, 159)

A agenda de reformas implantadas nos anos 1990 envolveu medidas voltadas à privatização do patrimônio público e de parte da provisão de serviços antes estatal, com redução de gastos públicos sociais. Não fazia parte dessa agenda dominante a reorganização do modelo de seguridade social brasileiro (LAVINAS E CAVALCANTI, 2007). Como consequência, diz Behring,

o legado de FHC para Lula, no campo da seguridade social, foi o incremento da focalização, em detrimento da universalidade, da parceria público-privada, em detrimento da primazia do Estado, da obstaculização, dilapidação, corrosão e desconstrução do conceito constitucional. (BEHRING, 2011:159)

Na avaliação da autora, no governo Lula “se mantiveram muitos elementos de continuidade e que dificultam as possibilidades de consolidação da seguridade social como reforma democrática”. Behring destaca o que chama de “avanços possíveis” a partir de Lula:

Já de princípio, muito diferente da era FHC, os documentos gerais orientadores do Governo Lula, como o PPA – Brasil de Todos e o Programa Fome Zero (...) reconheciam a seguridade social nos termos constitucionais e seu papel estruturante e de proteção social, anunciando **uma mudança de postura**. Houve, de fato, alguma recomposição do Estado, com a realização de concursos públicos em várias áreas e instituições que estavam praticamente desprofissionalizadas e sem quadro próprio. (...) As principais inovações na seguridade social seguramente se deram no campo da assistência social: a construção do SUAS e de todo o seu marco regulatório, o Estatuto do Idoso e a implementação da idade de 65 anos para acesso ao BPC, o Cadastro Único e o Programa Bolsa-Família. (BEHRING, 2008:160)

No início da década de 1990, o Ministério da Previdência e Assistência Social passara por uma alteração estrutural, com a extinção do INPS e do IAPAS. No lugar destes foi criado o atual Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Também foi extinto o INAMPS, que prestava a assistência médica aos que tinham cobertura previdenciária. Sua estrutura e suas tarefas foram transferidas para o Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por impostos e gerido descentralizadamente, pelos estados e municípios. A partir daí, coerentemente com a opção neoliberal, seguidas reformas da Previdência Social têm reduzido a amplitude de direitos já conquistados, criando mecanismos que dificultam a aposentadoria e, a pretexto de gerar uma (justa) paridade, reduzem outros direitos ao estender o RGPS aos servidores públicos.

Os direitos previstos constitucionalmente não foram nem uniformizados e nem universalizados. Diversas contrarreformas, como a da previdência de 1998, 2002 e 2003, sendo as primeiras no governo Fernando Henrique Cardoso e outra no governo Lula, restringiram direitos, reforçaram a lógica do seguro, reduziram valor de benefícios, abriram caminho para a privatização e para a expansão dos planos privados, para os fundos de pensão, ampliaram o tempo de trabalho e contribuição para obter a aposentadoria. No âmbito da política de saúde, a fragilização da atenção básica está levando a saúde se caracterizar como 'cesta básica'. Os princípios do sistema único de saúde, como descentralização, participação democrática, universalização e integralidade das ações estão sendo diluídos (...). No âmbito da política de assistência social não se conseguiu, até o momento, superar a compreensão equivocada da focalização em segmentos e situações bem específicas. A abrangência desta política é ainda muito restrita: hoje os benefícios, serviços e programas não atingem mais do que 25% da população que teria direito, com exceção do Benefício de Prestação Continuada e do Bolsa Família, que vêm crescendo nos últimos anos. (BOSCHETTI, 2009:12)

O enfrentamento da pobreza pelos governos petistas a partir do primeiro governo Lula tornou-se centro da política de assistência. Em 2004, no segundo ano do primeiro mandato de Lula, a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) representou, por um lado, um fortalecimento da assistência enquanto política e do combate à miséria como centro desta política social; por outro, desconsiderou a perspectiva de um comando único para a seguridade social expressa no texto constitucional. A Previdência, que já perdera as funções de assistência médica, deixou também de prestar assistência social.

Previdência, Saúde e Assistência mantiveram atuações independentes, distantes da seguridade social, embora a saúde tenha avançado com a operacionalização do SUS em 1990, através da Lei Orgânica da Saúde, na previsão legal de um atendimento gratuito

universal; e a assistência social, ainda que mantivesse a necessidade como critério de acesso, tenha ampliado significativamente, dentro das políticas propostas, o seu grau de cobertura.

Do ponto de vista do aparato político-organizacional, é significativa a construção dos sistemas nacionais como os de saúde e assistência social, a partir da expansão de burocracias públicas descentralizadas e unificadas, com a participação inédita dos três níveis de governo e com importante componente de participação e controle social. Do ponto de vista da concepção da questão social, identificam-se mudanças em relação a políticas pregressas, em especial nos elementos aqui denominados de *constitucionalização* (incorporação da noção de direito), *abrangência* (publicização e incorporação na agenda pública) e *ampliação* (reconhecimento da produção social e inter-relação dos problemas sociais).

Essas zonas de avanço convivem com outras em que a condução das políticas sociais tem forte foco na pobreza (e esta definida pela renda); em que o risco social ou é associado à miséria ou amparado na contribuição (ou são os riscos dos miseráveis ou são os riscos cobertos pela previdência social aos segurados); em que há visível subfinanciamento e constantes contingenciamentos de recursos para equilíbrio fiscal; desequilíbrios fiscais entre regiões; excessiva autonomia dos entes subnacionais; baixa cobertura assistencial; acesso precário; baixa qualidade dos serviços e frágil integração intersetorial. (LOBATO, 2009:722)

2.2.2 Desenvolvimento da política de assistência social e do BPC

O sistema de proteção social brasileiro passou por uma mudança qualitativa importante com a Constituição de 1988, que apontou para novas políticas, apoiadas na solidariedade social. A política social que começa a ser desenvolvida sob o marco legal da Constituição Federal de 1988 tem como inovações a previsão 1) de uma política de seguridade social compreendendo uma atuação conjunta, de caráter universalista, das áreas de saúde, previdência e assistência social, e 2) da conformação da Assistência Social enquanto política pública, esta prevista no art. 203, cujo inciso V estipula a criação do benefício que viria a ser configurado na forma do BPC em 1993. Até a atualidade, é este o único benefício assistencial de transferência de renda previsto na Constituição.

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que

comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (BRASIL, 1988, Art. 203)

Na criação desta política de garantia de renda para pessoas idosas e com deficiência a Constituição inovava ao romper com o princípio meritocrático da política social brasileira, característico da RMV, benefício que existia desde a década de 1970 e também era voltado a pessoas incapazes de sobreviver com o trabalho (idosos e pessoas com deficiência sem renda pessoal ou familiar para garantir seus meios de sobrevivência). O texto de 1988 diversifica as fontes de custeio da seguridade, desassocia o direito ao benefício de qualquer contribuição prévia à previdência social e ainda vincula o valor do benefício ao salário-mínimo.

Estava determinada constitucionalmente a incorporação da questão social em políticas e programas que se seguiram à Constituição, e foram sendo construídos sob tendências que os distinguiam de práticas anteriores. O Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado em 1990, conformou a doutrina da proteção integral, rompendo com a prática secular da criminalização da infância e da adolescência em “situação irregular”. Mesmo que outras áreas dos direitos sociais e coletivos tenham sido regulamentadas mais lentamente, mantiveram a tendência de ampliação de direitos e reconhecimento de princípios de cidadania, como nos textos que viriam estruturar a Assistência Social - Lei Orgânica (LOAS), de 1993, e a Política Nacional (PNAS), de 2004.

A Constituição estabeleceu a ideia da responsabilidade estatal sobre o bem-estar dos indivíduos e da coletividade e o país veio a desenvolver políticas específicas para problemas “tradicionalmente tratados apenas no campo privado ou das relações de trabalho, com baixa intervenção estatal ou restrita à existência de dissensos dirimidos no campo jurídico” (LOBATO, 2009). A formulação de políticas em forma de lei abria um novo conceito no direito social brasileiro, tornando possível a reivindicação judicial de um direito³¹.

A partir da Constituição de 1988, foram reconhecidos como direitos sociais o acesso à saúde, previdência, assistência, educação e moradia (além de segurança, lazer, trabalho). (...) A noção de seguridade representou avanço na institucionalização de um modelo ampliado de proteção social, que previa a universalização do acesso, a responsabilidade estatal, a integração entre as três áreas e a criação de um orçamento próprio, exclusivo e com novas fontes de finan-

³¹ Efetivamente, a “judicialização” do direito ao acesso ocorreu com frequência significativa em relação ao BPC, até que esta ocorrência foi diminuindo com a progressiva absorção de demandas na regulamentação do Benefício.

ciamento. Inovava também na responsabilidade compartilhada entre os três níveis de governo, através da descentralização de competências e recursos, e na participação e controle social, com a criação de instâncias colegiadas e atribuições legais de formular e acompanhar a implementação das ações. (LOBATO 2009:723)

A constitucionalidade, entretanto, não foi suficiente para garantir a implantação da política conforme fora preconizada. Diversos fatores abriram flancos nas determinações constitucionais para que alguns programas tivessem uma abrangência mais restrita do que a imaginada quando da proposta original. Os constituintes de 1988,

(...) diante da falta de consenso e premidos pelo esgotamento do prazo de elaboração da Carta, deixaram muitas decisões importantes para a legislação infraconstitucional, entre elas, no que se refere à renda não-contributiva, as definições da idade mínima para acesso ao benefício por idade, do tipo de “pessoa portadora de deficiência” detentora desse direito e, por fim, de qual seria o mínimo de renda necessário à manutenção da pessoa com deficiência e do idoso que permitiria acesso ao benefício. (MIRANDA, 2012:16)

Em texto no qual analisa influências do contexto político-institucional na formulação e implementação do Benefício de Prestação Continuada, Geralda Luiza de Miranda identifica a existência de duas fases na formulação e de outras duas na implementação do BPC, correspondentes à correlação de forças no próprio processo constituinte e nos governos seguintes.

Na formulação, são distinguidas duas fases – a constitucionalização do direito, em 1988, e sua regulamentação pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em 1993 –, que se diferenciam quanto ao efeito do grau de abertura institucional às preferências sociais sobre o escopo do BPC. Na implementação, verifica-se que mudanças nas preferências de atores políticos em posições estratégicas relacionam-se com variações no grau de responsividade política e de insulamento da burocracia e, correlativamente, com restrições e avanços no BPC, o que permite distinguir também duas fases (da LOAS até o Estatuto do Idoso, em 2003; deste até o final da pesquisa, em 2010). (MIRANDA, 2012)

Entendemos que os mesmos movimentos se fizeram presentes no ritmo do desenvolvimento de toda a política socioassistencial no país, cuja implementação também sofreu variações em

(...) duas fases [que] praticamente coincidem com a vigência de agendas de governo diferenciadas: a agenda de continuidade, e mesmo aprofundamento, da reforma do Estado, propugnada pelo PSDB e implementada pelos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), com o apoio consistente do PFL/ Democratas (DEM), e a agenda de combate à pobreza, propugnada pelo PT e

implementada pelos governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), com o apoio também consistente do Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Comunista do Brasil (PC do B). Partidos importantes, como o PMDB, têm dado apoio a ambas as coalizões, independentemente de alinhamento eleitoral, ideologias ou programas de governo. (MIRANDA, 2012:21)

Características do processo constituinte podem esclarecer como foram levadas a votação propostas que representavam mudanças de “hábitos” meramente compensatórios da política social brasileira; e como algumas foram aprovadas com textos vagos, que permitiram que o direito que inspirara a norma fosse reduzido quando de sua regulamentação.

A Assembleia Nacional Constituinte foi estruturada regimentalmente com 24 oito subcomissões temáticas (três em cada uma das oito comissões) e uma Comissão de Sistematização. “Aos membros das subcomissões foi atribuída a tarefa de elaborar as propostas iniciais que comporiam a Carta, o que deveria ser feito a partir de um amplo processo de discussão com outros constituintes, representantes da sociedade civil e cidadãos” (MIRANDA, 2012). Esta descentralização objetivou e permitiu instaurar um processo que fosse ao encontro dos anseios da população em torno da democratização e da justiça social.

Quando a proposta resultante de parte deste trabalho foi apresentada, constituintes mais conservadores reagiram e alteraram o Regimento Interno, especialmente quanto à apresentação de emendas, tornando exaustiva a discussão e confundindo o fechamento do texto constitucional.

A falta de consenso, a pressão para o término dos trabalhos, o monitoramento da mídia e dos cidadãos das votações nominais das emendas, especialmente as relacionadas com benefícios sociais e direitos trabalhistas, e, por fim, a centralização das negociações nas lideranças são os fatores que explicam os resultados de 1988. Entre os benefícios e direitos mantidos, está a renda não contributiva para idosos e pessoas com deficiência. (MIRANDA, 2012:12)

As conquistas foram muitas e significativas, mas as eleições que se seguiram colocaram no governo políticos neoliberais cujo mote era reformar o Estado, esvaziando seu caráter social e, de fato, minimizar sua intervenção nos processos econômicos e sociais. De acordo com esta proposta, toda a justiça social poderia equilibrar seus pratos no mercado, e neste os indivíduos deveriam buscar a satisfação de seus interesses e necessidades. Residualmente, a assistência social, como sempre fez, poderia atender àqueles que o mercado ignorava com serviços que ao mercado não interessava privatizar.

A assistência social no período pós-1988 caracterizou-se pelo incremento aos programas de transferência de renda focados na pobreza (e não na incapacidade para o trabalho) que viriam a ser agrupados no atual Bolsa Família. Rocha (2008) destaca que o Bolsa Escola teve como origem programas locais de transferência de renda. Em meados da década de 1990, a proposta de Bolsa Escola do programa de governo apresentado pelo PT na campanha eleitoral para a Presidência da República começou a ser implementada em municípios onde o partido vencera as eleições. “A visibilidade e o sucesso do programa nestes dois casos levaram à sua proliferação de forma atabalhoada em um sem número de municipalidades e em algumas unidades da Federação”, embora estas raramente reunissem condições de levar tais programas adiante (ROCHA, 2008:4). Diante disso, em 1997 o governo FHC estabeleceu a possibilidade de uma parceria com os municípios, de forma a cobrir 50% dos gastos com o pagamento dos benefícios pelos governos interessados em celebrar convênio com o governo federal, mantendo a implementação do Bolsa Escola como voluntária.

Logo tornou-se claro que a grande maioria das municipalidades não reuniam condições operacionais, técnicas e financeiras para tomar a frente do processo local de implementação de um programa de transferência de renda, e em 2001 o governo federal relançou o Bolsa-Escola em novas bases: passa a bancar 100% do valor dos benefícios (...) (LAVINAS, VARSANO & ROCHA, 1998). O cadastramento e seleção dos beneficiários, além do provimento da infraestrutura para o cumprimento da contrapartida local – por exemplo, garantia de vagas na rede escolar – continuam como responsabilidade municipal. (ROCHA, 2008:5)

Mesmo que resolvesse a questão financeira, o custeio de 100% do Bolsa Escola não tratava das dificuldades técnicas e operacionais que, mesmo com a estruturação organizada do Sistema Único de Assistência Social, ainda hoje atingem muitos municípios, causam problemas ao desenvolvimento da política de assistência e à integração entre os três níveis de governo. Também gerava dificuldades à implementação desses programas sua fragmentação em diversos ministérios: o Bolsa Escola estava vinculado ao Ministério da Educação; o Auxílio Gás, ao Ministério de Minas e Energia; e o Cartão Alimentação, ao Ministério da Saúde, com gestões independentes. Muitos programas se superpunham, chamando atenção para a importância de criar um cadastro único dos beneficiários de programas do tipo, para gestão, acompanhamento e avaliação dos mecanismos federais de transferência de renda.

No entanto, a implementação do cadastro avançou a passos muito lentos. Ao final do governo Cardoso, em 2002, os três novos programas de transferência de renda mais importantes, assim como outros de âmbito mais restrito, continuavam a ser geridos e financiados no âmbito de estruturas administrativas diversas do governo federal. (ROCHA, 2008:5-6)

Conforme já destacado, a política de assistência passou por dois momentos de grande importância em sua implementação: um em 1993, com a aprovação da LOAS, outro em 2004-2005, com a aprovação da PNAS e a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A LOAS viria regulamentar a política de assistência social prevista no Artigo 203 da Constituição. Previa a implantação do BPC, regulamentando uma exigência constitucional e avançando em comparação à Renda Mensal Vitalícia, que vigorava desde 1974, oferecia cobertura a pessoas idosas acima de 70 anos de idade e a pessoas com deficiência sem meios de subsistência, porém na condição de filiação temporária anterior à Previdência Social.

Segundo Miranda (2012:17), a discussão sobre a LOAS foi tão dinâmica na política brasileira que deu origem a 40 projetos de lei (PLs), entre 1989 e 1993, destinados a regulamentar apenas o inciso V (“BPC”) do Artigo 203, ou todo o Artigo 203.

Na rota dada pelas diretrizes estabelecidas na Constituição, em 1993 a LOAS vem definir que a assistência social é

direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993)

Tal definição (que viria a ser ampliada em decreto de 2007, a ser visto adiante) determina um dilema que persiste na política de assistência: o de ser responsável, para efetivação de suas funções e programas, por uma Seguridade Social que, na prática, extrapola as possibilidades da Assistência Social.

Na LOAS, toda a Seção I trata do BPC. No Art. 20, o parágrafo 3º definiu como “incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo”, e o parágrafo 4º determinou que “o benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica” (BRASIL, 2009).

A ação dos Conselhos de Assistência Social teve profunda influência na consolidação da política de assistência, especialmente as orientações que emanavam da instância federal. De forma a permitir a participação e o controle social, o Art. 16 da LOAS preconizou que

As instâncias deliberativas do sistema descentralizado e participativo de assistência social, de caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, são: I – o Conselho Nacional de Assistência Social; II – os Conselhos Estaduais de Assistência Social; III – o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal; IV – os Conselhos Municipais de Assistência Social.

Além da existência de um Conselho, a lei impôs como condição para o repasse dos recursos que ela mesma estipulou a criação de um Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social; a formulação de um Plano de Assistência Social em cada nível de governo, que deve estabelecer as diretrizes da política de assistência e suas inter-relações com outras políticas setoriais e a rede socioassistencial; e a comprovação orçamentária de destinação de recursos próprios à assistência social, numa proposta de cofinanciamento.

Instalado o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), este passou a gerir a política de assistência por meio de Normas Operacionais Básicas (NOBs) discutidas pelos setores do Estado e da sociedade civil. As NOBs deliberam sobre o funcionamento da assistência, atualizam procedimentos diante da promulgação de novas leis e, assim, aprimoram e adensam a política de assistência.

A primeira NOB no âmbito da assistência social foi aprovada em 1997 (Resolução CNAS n.º 204), disciplinando o processo de descentralização político-administrativo entre os níveis de gestão, a operacionalização e a sistemática de financiamento, os critérios de partilha e a prestação de contas dos serviços, benefícios, programas e projetos, além de instituir a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com caráter consultivo.

Em 1998 a segunda NOB (Resolução CNAS n.º 207) denominada “Norma Operacional Básica da Assistência Social: Avançando para a construção do Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social”, detalhou o financiamento e critérios de partilha dos recursos da política, as responsabilidades de cada esfera de governo e modelos de gestão, os procedimentos para habilitação, as competências dos Conselhos de Assistência Social e das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT) como instâncias de negociação e pactuação.

Nesta estrutura formada para a Assistência Social,

“as atribuições e competências dos três níveis de governo na provisão das ações socioassistenciais, em conformidade com o preconizado na LOAS e NOBs, a partir das indicações e deliberações das Conferências, dos Conselhos e das Comissões de Gestão Compartilhada (Comissões Intergestora Tripartite/CIT e Bipartites/CIBs), que são espaços de discussão, negociação e pactuação dos instrumentos de gestão e formas de operacionalização da política” (QUINONERO ET AL, 2013:53)

Neste período, o BPC passava também por mudanças. Sua implementação foi, ao mesmo tempo, um campo permanente de reformulação da própria política. Antes da PNAS, no período imediatamente posterior à promulgação da LOAS, algumas definições, cujo alcance não fora totalmente delimitado, deram margem ao governo de promover restrições na política.

Logo após a promulgação da Loas, os esforços foram direcionados para a reunião dos recursos para o financiamento do BPC e para a organização da estrutura de implementação. No final de 1995, o BPC estava pronto para ser implementado. O financiamento foi viabilizado com a criação do FNAS, em agosto de 1995 (Decreto nº 1.605). A estrutura da implementação foi estabelecida pelo Decreto nº 1.744, de dezembro de 1995, que atribuiu a coordenação, o acompanhamento e a avaliação do BPC ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). A perícia médica foi atribuída às equipes do SUS ou do INSS; e a operacionalização do benefício, ao INSS (Artigos 14 e 32). (MIRANDA, 2012:5)

O mesmo decreto determinou que a incapacidade resultasse “de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho” (quando a Loas estabeleceria, simplesmente, que, para efeito de acesso ao benefício, “pessoa portadora de deficiência” seria a “incapacitada para a vida independente e para o trabalho”). Exigiu também que o idoso não exercesse qualquer atividade remunerada e que seus herdeiros ou sucessores não receberiam pensão nem resíduo, avançando sobre a LOAS antes mesmo que esta começasse a ser aplicada.

Com essa regulamentação, o BPC começou a ser implementado em janeiro de 1996. Conforme previsto na LOAS, e mantido pelo Decreto no 1.744, a idade mínima para acesso ao benefício deveria ser reduzida de 70 para 67 anos, em janeiro de 1998, e para 65, em janeiro de 2000. Por iniciativa do Executivo, a Lei no 9.720 reformou a LOAS em novembro de 1998, e o Decreto no 3.298, em dezembro de 1999, regulamentou a lei que

trata da Política Nacional de Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência (Lei no 7.853, de 1989). A lei alterou o conceito de família, a idade de acesso e a atribuição da competência de realizar a perícia apenas ao INSS. Foi excluída a segunda previsão de redução da idade e prevista apenas a redução para 67 anos. O decreto restringiu, entre a população com deficiência, aquelas cuja deficiência produzem incapacidade, e procurou detalhar as características das deficiências.

Contudo, a “incapacidade para a vida e o trabalho” manteve-se como um conceito sujeito a interpretações, inclusive a interpretação diferenciada de cada perito. Isso acontece quando a perícia trata a deficiência de maneira isolada, sem avaliar seus graus e consequências. Uma aplicação rigorosa dos critérios de elegibilidade pelo INSS, acrescida de sua lógica da avaliação para o trabalho (contrária à atual concepção de Assistência como direito desvinculado da contribuição direta), tende a excluir situações reais de vida, empurrando à via judicial os candidatos ao benefício.

O BPC, portanto, passou por sérias restrições até 2003, por iniciativa presidencial, que ignorou as deliberações nas quais as CNAS reivindicavam outros critérios, mais inclusivos. A garantia do direito ao benefício em si tornou-se deliberação da CNAS de 2003. O presidente da República chegou a propor alteração no texto constitucional de forma a desvincular o valor do BPC do salário-mínimo, o que foi rejeitado pela Comissão de Constituição e Justiça do Congresso como inconstitucional.

As reivindicações de mudança giravam em torno da flexibilização do conceito de família para cálculo da renda per capita, do aumento do próprio limite de renda de 1/4 do salário mínimo, de exclusão do cálculo da renda oriunda de BPC ou de benefícios e pensões de outros membros da família, de transferência do BPC para o cônjuge ou companheiro no caso de falecimento do beneficiário, de alteração no conceito de deficiência e do pagamento de mais um benefício, somando 13 por ano.

Assim como, até 2003, uma gama de legislações mais restritivas impactara negativamente o BPC, leis aprovadas a partir deste ano provocaram a ampliação do benefício. Uma indicação desta mudança de rumo, conforme Miranda, foi a entrada na agenda de votações da Câmara dos Deputados do Estatuto do Idoso, cujo projeto de lei estava parado desde sua apresentação, em 1997, pelo então deputado Paulo Paim, do PT. Promulgado no final de 2003, o Estatuto do Idoso, no Art. 34, estabelece a idade de 65 anos para acesso ao BPC e determina que não seja computado benefício já concedido a membro da família no cálculo da renda familiar.

Em 2003, como parte do rol de políticas sociais abrigadas sob a estratégia do Programa Fome Zero, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva desencadeia “um processo de reorganização e ampliação institucional, visando a garantir direitos sociais por meio do estímulo a formas mais equitativas de geração de renda” que envolve a criação do Programa Bolsa Família (PBF) como instrumento de transferência condicionada de renda a famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza (Menezes e Santarelli, 2013). O PBF resultava da reestruturação de programas de transferência de renda preexistentes e, antes, gerenciados separadamente.

A partir do Fome Zero, foram retomados e fortalecidos não somente os processos de construção coletiva e participação social, como as conferências e o próprio CONSEA, mas também avanços institucionais. Entre eles, destacam-se:

- a criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em 2004, como órgão responsável por cinco esferas da política social: Assistência Social, Bolsa Família, Segurança Alimentar e Nutricional, Inclusão Produtiva e Avaliação e Gestão da Informação;
- a inclusão da alimentação como direito na Constituição Federal ³²;
- a aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN;
- a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN;
- a criação e a implementação de programas como o Bolsa Família e o Programa de Aquisição de Alimentos – PAA. (MENEZES E SANTARELLI, 2013)

O combate à fome tornou-se central na política social brasileira, rumo este mantido em 2011 pelo governo de Dilma Rousseff, quando o Plano Brasil sem Miséria, com o objetivo de erradicar a extrema pobreza no Brasil até 2014. Este arranjo fez com que o Bolsa Família, em larga medida, se desenvolvesse paralelamente ao desenvolvimento da assistência social.

A despeito de ser concebido como parte integrante do universo mais amplo da assistência social – e, portanto, do Suas –, em grande medida vem sendo implementado, especialmente no plano federal, por meio de um arranjo jurídico-institucional distinto do arranjo da assistência social. (...) O PBF tem uma relação ambivalente com o campo da assistência social, entendida como política de atendimento a necessidades básicas, baseada na oferta de serviços e pagamento de benefícios. Isso porque, a despeito de contar com um arranjo institucional próprio, assim como com um arcabouço jurídico autônomo, o PBF

³² A Emenda Constitucional 064/2010 deu nova redação ao Artigo 6º da Constituição Federal, que ficou assim: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”, a serem garantidos por sistemas públicos como o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

hibridiza-se, no plano local, com a rede da assistência social e suas ramificações, sobretudo em municípios pequenos e pobres (que são a grande maioria no país). Pode-se dizer, por isso, que o PBF, em larga medida, depende do arcabouço da assistência para organizar-se e institucionalizar-se na maior parte municípios brasileiros, embora guarde, em relação a eles, certa distância no nível federal de gestão. (COUTINHO, 2013:9)

Ao final de 2004, “o Bolsa-Família tinha se expandido muito, atingindo, segundo o MDS, 5 milhões de famílias (...). No entanto, o Bolsa-Escola e o Auxílio-Gás, que se superpunham de forma importante, eram os programas com clientelas ainda muito amplas, 1,3 milhão e 3,4 milhões, respectivamente”. (ROCHA, 2008:7). De acordo com a autora, certa superposição resistia à reestruturação de programas de transferência de renda preexistentes proposta pelo Bolsa Família. Esta superposição de benefícios começou a ser reduzida com a utilização do Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚNICO) para controle e acompanhamento, instrumento de informação que representou um grande avanço na gestão de políticas e foi provavelmente o avanço mais relevante realizado entre 2004 e 2006” (IDEM). Em 2006, a superposição de benefícios do PBF com o de outros programas remanescentes não chegava a 10%. Em 2007, o Decreto 6.135 regulamenta o Cadastro Único, que se torna obrigatório para seleção de beneficiários no Bolsa Família, e é definido com optativo na operacionalização do BPC, cujo cadastro é operacionalizado pelo INSS.

O início do governo Lula foi marcado por uma alteração fundamental nos mecanismos de transferência de renda, até então, focalizados em clientelas específicas delimitadas no universo amplo das famílias de baixa renda. No âmbito do programa Fome Zero, de fevereiro de 2003, passaram a se qualificar para o recebimento do benefício de R\$ 50/mês do Cartão Alimentação todas as famílias com renda familiar per capita (RFPC) inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo. Em consequência, a população-alvo dos novos programas de transferência de renda praticamente dobrou. Em outubro do mesmo ano, houve redefinição das regras do programa, com elevação do teto que serve como critério de renda para fins de elegibilidade e aumento significativo do valor dos benefícios. Como seu antecessor, o novo programa, denominado Bolsa-Família, estava destinado tanto a cadastrar novos beneficiários, como a incorporar, após recadastramento, os beneficiários dos programas federais pré-existent, exceto os da LOAS e PETI, eliminando a superposição de benefícios dos “novos” programas. (ROCHA, 2008:6)

A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, apontou como principal deliberação a construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) enquanto “requisito essencial da LOAS para dar efetividade à

assistência social como política pública” (MDS, 2005:13). Em 2004, a política de assistência adquiriria grande impulso e progressiva consistência a partir da própria criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o MDS, e com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a estruturação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, materializando as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social.

A fim de que a descentralização e a participação ampla da sociedade não resultasse em pulverização da política, a PNAS acrescentou entre as diretrizes previstas na LOAS o comando único. Também determinou a responsabilidade principal do Estado e a centralidade da política focada na família. O item “2.2. Diretrizes” adquiriu a seguinte redação:

A organização da Assistência Social tem as seguintes diretrizes, baseadas na Constituição Federal de 1988 e na LOAS:

- I - Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais;
- II – Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III – Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;
- IV – Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. (BRASIL, 2004)

Em 2005, A NOB (que passa a ser chamada de NOB/SUAS) aprovada pela Resolução CNAS nº 130 incorporou e aprimorou as conquistas que foram gradativamente alcançadas com o processo anterior de desenvolvimento da política. Foi complementada pela NOB de Recursos Humanos do SUAS, publicada em 2006, que dispõe sobre a gestão do trabalho no SUAS, diretrizes para a Política Nacional de Capacitação e as responsabilidades dos entes nesses campos.

A Conferência Nacional de Assistência Social de 2005 deliberou a inclusão de um profissional de Serviço Social nas equipes de perícia médica “atendida com a realização de concurso público, seguido da nomeação de 866 assistentes sociais, em junho de 2009, justamente para compor as equipes de perícia do INSS nos municípios (MIRANDA, 2012:22). Em 2007, o Decreto 6.214 promoveu uma guinada ao situar o BPC na esfera do SUAS, dentro da proteção social básica, ao confirmar a idade de 65 anos para acesso e ao

vincular o benefício também a uma plena atenção a seu beneficiário, decisões que reconduziram o BPC ao desenho original e deram novo fôlego à discussão de ajustá-lo ao critério da necessidade, e não da renda.

Mudanças em torno da gestão do benefício aconteceram desde então, mostrando preocupação com a inserção e promoção social dos beneficiários, o que vai além de uma simples transferência de renda. Foram absorvidas nesse decreto e em mudanças posteriores discussões que aumentaram o entendimento do campo da deficiência, como convenções da área; foi eliminada a proibição de retorno ao benefício daquele que tivesse optado por sua cessação entrando no mercado de trabalho; e estabelecido que a concessão independe da interdição judicial do beneficiário potencial. Entre as iniciativas para a implementação da diretriz assistencial de integração entre benefícios e serviços destacam-se o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC (BPC Escola), de 2007; o Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social³³, aprovado pela Resolução nº 07/2009 da CIT.

O Decreto 6.214/2007 também estabeleceu a competência da SNAS/MDS na “implementação, coordenação-geral, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa”; bem como a de acompanhar os beneficiários e “fornecer subsídios para a formação de profissionais envolvidos nos processos de concessão, manutenção e revisão dos benefícios, e no acompanhamento de seus beneficiários, visando à facilidade de acesso e bem-estar dos usuários desses serviços”.

Entre as mudanças que vêm ocorrendo recentemente, em período posterior ao de realização de nossa pesquisa, diversas têm promovido maior integração na assistência social, como o Programa de Promoção do Acesso das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Qualificação

³³ O Protocolo “tem como diretriz a articulação entre segurança de renda e a segurança de convívio comunitário, e como finalidade gerir a integração entre os serviços, benefícios e programas de transferências de renda do governo federal e que compõem a Política Nacional de Assistência Social (...) [e] reforça o entendimento de que a segurança de renda advinda dos benefícios e programas, tais como o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), isoladamente, não são suficientes para que as famílias enfrentem e superem as situações de risco e vulnerabilidade às quais estão expostas”. Extraído de <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/vigilancia-socioassistencial%20/protocolo-de-gestao-integrada-1>>.

Profissional e ao Mundo do Trabalho (BPC no Trabalho), e o Pacto de Aprimoramento da Gestão do SUAS, ambos de 2012.

Em 6 de julho de 2011, a Lei 12.435 veio promover alterações na LOAS, e em 12 de dezembro de 2012 o CNAS aprovou a NOB SUAS atual, pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que “expressa os inúmeros avanços conquistados nos últimos oito anos de implantação do SUAS, assim como o processo de priorização das políticas sociais observado no país na última década” (MDS, 2012). A NOB 2012 absorve as mudanças previstas na Lei 12.435, e inclui entre os objetivos da Assistência Social a Proteção Social, a Vigilância Socioassistencial e a Defesa de Direitos; autoriza o pagamento de profissionais com recursos do cofinanciamento federal; institui o IGD-SUAS³⁴; estabelece que os Conselhos de Assistência Social são vinculados ao órgão gestor da política de assistência social; institui o Serviço de Proteção e Atendimento integral à Família (PAIF), o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); estabelece que cabe ao órgão gestor da Assistência Social gerir o Fundo de Assistência Social, nas esferas de governo; estabelece que o cofinanciamento da política no SUAS, nas esferas de governo, se efetua por meio de transferências automáticas entre os Fundos de Assistência Social. Além disso, para efeitos do BPC, conceitua “família” e “pessoa com deficiência”.

No artigo 23, a NOB-SUAS/2012 estabelece o Pacto de Aprimoramento da Gestão do SUAS, firmado entre a União, os Estados, Federal e os Municípios como “instrumento pelo qual se materializam as metas e prioridades nacionais no âmbito do SUAS, e se constitui em mecanismo de indução de aprimoramento da gestão, dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais” (MDS, 2012). De acordo com a NOB,

§1º A periodicidade de elaboração do Pacto será quadrienal, com o acompanhamento a revisão anual das prioridades e metas estabelecidas.

§2º A pactuação das prioridades e metas se dará no último ano de vigência de cada ente federativo.

§3º A União deverá pactuar na CIT, no último ano de vigência do PPA federativo, a cada 4 (quatro) anos, as prioridades e metas nacionais para Estados, Federal e Municípios.

§4º Os Estados deverão pactuar nas CIBs, no último ano de vigência do PPA a cada 4 (quatro) anos, as prioridades e metas regionais e estaduais para que devem guardar consonância com as prioridades e metas nacionais.

³⁴ O Índice de Gestão Descentralizada (IGD) do SUAS mede a eficiência do município no cadastramento e acompanhamento das condicionalidades e serve para regular montantes de repasse financeiro aos municípios. Teve, conforme destaca Reis (2011), papel importante no “incentivo” à ação dos municípios na gestão do PBF e do PAIF.

A NOB SUAS estabeleceu que a primeira pactuação das prioridades e metas para os municípios fosse feita no exercício de 2013, com vigência para o quadriênio de 2014/2017. Em julho de 2013, a diretoria do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) e presidentes dos Colegiados Estaduais de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS) reuniram-se para a proposta a ser pactuada pela CIT. Como resultado desta pactuação, a CIT incluiu entre as prioridades da gestão municipal do SUAS para o quadriênio 2014-2017 o cadastramento das famílias com beneficiários do BPC no CADÚNICO, estabelecendo as seguintes metas percentuais para cumprimento deste compromisso: Municípios de Pequeno Porte I e de Pequeno Porte II: 70%; Médio Porte e Grande Porte: 60%; Metrópole: 50%. As prioridades e metas do Pacto de Aprimoramento do SUAS devem ser expressas nos Planos de Assistência Social e nos Planos Plurianuais dos municípios.

2.2.2.1 Contextualização atual do Benefício

O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). É um benefício individual e não vitalício que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com 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. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente.

Outros acréscimos foram modificando critérios do benefício. O art. 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, “derrogou o caput do art.20 da Lei nº 8.742, de 1993, alterando a idade nele prevista (70 anos) para 65 anos”. Outros decretos esclarecem as delimitações da política, tais como o art. 4º, V, do Decreto nº 6.214, de 2007, que, para efeito do disposto na LOAS, conceitua família como “o conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido”. Tal conceito

é de suma importância para que parentes que não morem sob o mesmo teto acabem por reduzir a renda familiar per capita do postulante ao benefício.

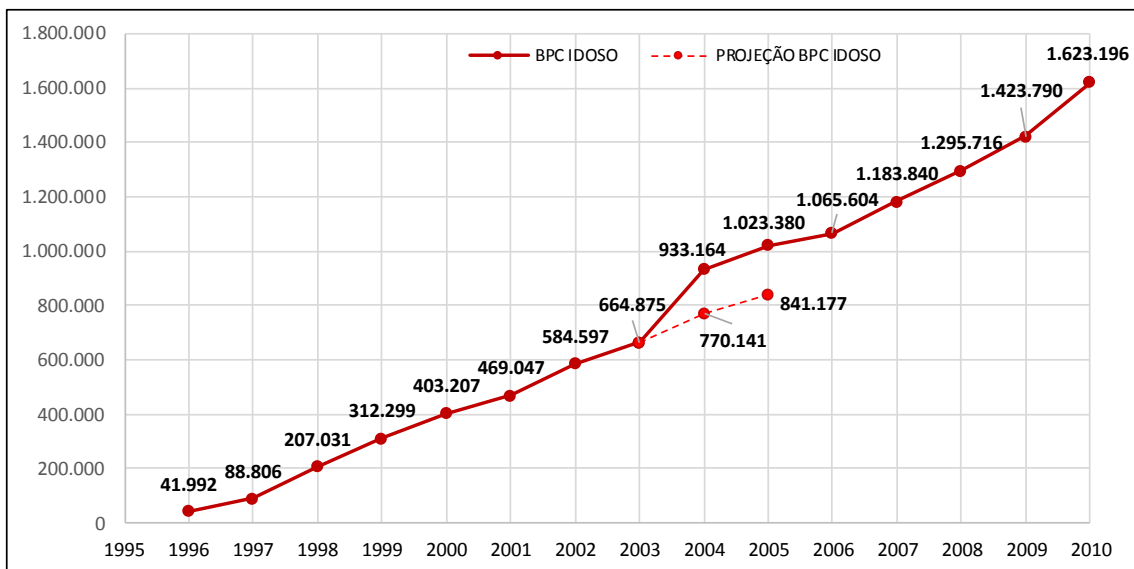
A gestão do BPC é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), que é responsável pela implementação, coordenação, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do Benefício. A operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – que recebe em suas agências e avalia as solicitações do benefício. O BPC não exige o cumprimento de condicionalidades pelos beneficiários. Os recursos para o custeio do BPC provêm da Seguridade Social, sendo administrado pelo MDS e repassado ao INSS, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Em dezembro de 2013, o MDS informava o pagamento de R\$ 31.412.336.945 a 3.964.192 beneficiários do BPC em todo o Brasil, sendo 2,1 milhão de pessoas com deficiência e 1,8 milhão de idosos. No Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) de 2013, toda a previsão de gastos do MDS atingia o montante de R\$ 62.150.752.391. Deste valor, o gasto com SUAS era de R\$ 35,5 bilhões, dos quais, R\$ 31,4 bilhões referiam-se ao pagamento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Renda Mensal Vitalícia (RMV). Efetivamente, a Execução Orçamentária do MDS até 21 de setembro de 2013 relata o empenhamento de R\$ 33.117.329.556 tanto para o BPC quanto para o RMV, dos quais faltava liquidar e pagar R\$ 10.485.081.942, equivalentes a 31,66% (MDS, 2013, Programa 2037 - Fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social - Fundo Nacional de Assistência Social).

Em 2010, ano-base de nossa pesquisa e no qual centramos nossa coleta de dados secundários, a Execução Orçamentária do MDS demonstra o pagamento de R\$ 22.233.233.412 em Benefícios de Prestação Continuada ao deficiente e idoso.

De 2003 para 2004, a concessão de novos benefícios para idosos saltou de uma média anual de 15% para um acréscimo de mais de 40%. Em trabalho de Ansiliero (2005), o INSS atribui o salto ao impacto do Estatuto do Idoso (GRÁFICO 1). Antes do Estatuto, era estimado que se mantivesse o aumento médio de 15%, com base em uma projeção linear construída a partir dos dados observados entre 1998 e 2003 (op.cit.). Contudo, a realidade causou um crescimento de 40,35% em 2004, vindo em seguida a se acomodar em um crescimento médio de 9,7% (TABELA 3).

GRÁFICO 1. EVOLUÇÃO DO BPC-IDOSO 1995-2010 E PROJEÇÃO 2004-2005 SEM O IMPACTO ATRIBUÍDO AO ESTATUTO DO IDOSO



ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DE DADOS DO MDS E ANSILIERO, 2005.

Dados do MDS permitem acompanhar o aumento na cobertura do benefício no país e no Estado do Rio de Janeiro. Ressalte-se que os aumentos nos totais transferidos dependem não só do aumento no número de beneficiários, mas também das variações no valor do salário mínimo.

TABELA 1. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VALORES TRANSFERIDOS PELO BPC NO BRASIL - 2004 A 2010

ANO	NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS			TOTAIS TRANSFERIDOS		
	PCD	IDOSO	SOMA	PCD	IDOSO	SOMA
2004	1.127.849	933.164	2.061.013	3.300.027.494	2.514.255.524	7.872.767.721
2005	1.211.761	1.023.380	2.277.365	4.054.094.729	3.469.766.715	9.614.077.195
2006	1.293.645	1.065.604	2.477.485	5.112.542.025	4.606.245.556	12.208.167.153
2007	1.385.107	1.183.840	2.680.823	5.987.030.235	5.561.314.689	13.804.843.175
2008	1.510.682	1.295.716	2.934.472	7.110.730.320	6.675.058.372	14.815.431.554
2009	1.625.625	1.423.790	3.166.845	8.638.336.138	8.221.076.468	17.799.755.911
2010	1.778.345	1.623.196	3.401.541	10.421.254.104	9.682.778.924	20.104.033.028

FONTE: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS)

TABELA 2. NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E VALORES TRANSFERIDOS PELO BPC NO RJ - 2004 A 2010

ano	número de beneficiários			totais transferidos		
	PCD	IDOSO	SOMA	PCD	IDOSO	SOMA
2004	40.372	71.131	111.503	115.794.877	187.574.162	303.369.039
2005	44.856	82.907	127.763	147.569.023	267.914.746	415.483.769
2006	50.154	95.116	145.270	195.060.616	365.338.904	560.399.520
2007	57.178	107.773	164.951	238.735.980	455.089.653	693.825.633
2008	66.907	125.540	192.447	305.559.733	572.057.871	877.617.604
2009	75.893	138.955	214.848	393.829.426	736.220.840	1.130.050.266
2010	86.443	146.529	232.972	498.922.620	873.923.591	1.372.846.211

FONTE: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS)

TABELA 3. VARIAÇÃO PERCENTUAL NO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS NO BRASIL E NO RJ – 2004 A 2010

ANO	BRASIL			RIO DE JANEIRO			
	(2004)	PCD	IDOSO	SOMA	PCD	IDOSO	SOMA
2005		7,44	9,67	10,50	11,11	16,56	14,58
2006		6,76	4,13	8,79	11,81	14,73	13,70
2007		7,07	11,10	8,21	14,00	13,31	13,55
2008		9,07	9,45	9,46	17,02	16,49	16,67
2009		7,61	9,88	7,92	13,43	10,69	11,64
2010		9,39	14,01	7,41	13,90	5,45	8,44

FONTE: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS)

Em 2010, observa-se um redução no ritmo de aumento da população idosa beneficiária do Estado do Rio de Janeiro, que não ocorre no país como um todo. Esta redução contrasta com o grande percentual de idosos existente no Estado em relação aos demais Estados brasileiros. Como os percentuais de aumento, nos anos anteriores, foi maior no RJ que na média nacional, uma possível explicação para esta queda é que a ampliação da cobertura nesses anos tenha acontecido no RJ com mais eficácia, vindo a atingir mais cedo um equilíbrio natural na demanda, a partir do qual a tendência é que o BPC vá sendo concedido às novas faixas de idosos pobres que atinjam os 65 anos.

Tanto no Brasil como no Rio de Janeiro, o número de beneficiários cresceu ao longo do período. Trabalhos do IPEA demonstram que os programas de transferência de renda estão proporcionando uma redução da desigualdade de renda no Brasil e uma melhoria relativa nas condições de vida das populações no que diz respeito à redução de um grande número de famílias em condições de pobreza e extrema pobreza, e que as transferências diretas de renda do governo federal causaram um efeito progressivo no que tange à distribuição da renda nacional (IPEA, 2009). Segundo Soares e outros (2006), o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) ambos (o BPC e o Bolsa-Família) “são bem focalizados: 74% da renda declarada do BPC e 80% da renda do Bolsa-Família vão para famílias abaixo da linha de pobreza”, aquelas que ganham menos de metade de um salário mínimo per capita.

Em publicação do IPEA, Hoffman relata a influência de tais programas na redução da desigualdade de renda:

A análise dos dados da PNAD tomará em consideração a divisão do rendimento domiciliar *per capita* nas seis parcelas definidas na primeira seção, a saber: rendimento de todos os trabalhos (TTR), aposentadorias e pensões “oficiais” (AP1), outras aposentadorias e pensões (AP2), doações de outros domicílios (DOA), rendimentos de aluguel (ALU) e, finalmente, juros, dividendos, Bolsa Família e outros rendimentos (JUR).

(...) os efeitos de TTR são sempre os mais importantes, contribuindo com 64% a 73% da redução da desigualdade nos períodos analisados, que terminam em 2005. A segunda colocada, no que se refere à sua contribuição para a redução da desigualdade, é sempre a parcela JUR. (...) o efeito dessa parcela aumenta quando se considera, sucessivamente, o índice de Piesch, o índice de Gini e o índice de Mehran. No período 2002-2005, por exemplo, sua contribuição para a redução dessas medidas de desigualdade é de, respectivamente, 22,3%, 24,4% e 28,5%. Tendo-se em vista que essas medidas de desigualdade são, nessa ordem, cada vez mais sensíveis a mudanças na cauda esquerda da distribuição de renda, esse resultado é coerente com o fato de a contribuição de JUR para a redução da desigualdade estar associada ao crescimento dos programas de transferência de renda para famílias pobres, como o Bolsa Família e o BPC. (HOFFMANN, 2007)

Em 2011, Osório et al. estimaram que “o progresso brasileiro no combate à extrema pobreza desde 2003 foi enorme”. Segundo os autores,

Naquele ano [2003], 17 milhões de brasileiros sobreviviam com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 50,00 mensais, um quarto do salário mínimo (SM) daquele ano. Um em cada dez brasileiros sofria com a pobreza extrema. Seis anos depois, em 2009, levando em conta a inflação, o número de pessoas vivendo abaixo dessa mesma linha de pobreza tinha caído a quase metade. Ainda assim, 9 milhões de brasileiros permaneciam extremamente pobres.

Resgatá-los da situação de privação aguda que enfrentam é um objetivo premente que, embora ambicioso, hoje está ao alcance do Brasil.

Uma das principais causas dessa redução da pobreza extrema foi a expansão dos programas focalizados de transferência de renda, transformados no Programa Bolsa Família (PBF). Durante os últimos 15 anos, o Brasil implantou e desenvolveu uma estrutura de transferência de recursos para as famílias mais pobres que é eficaz, eficiente e relativamente efetiva. Tal construção se acelerou a partir de 2003, quando a estrutura foi reorganizada sobre os pilares do PBF e do Cadastro Único, o sistema de informações sobre os beneficiários potenciais dos programas de assistência social organizado pelo governo federal e alimentado por municípios. A capacidade dessa estrutura em fazer as transferências chegar aos mais pobres é tão boa quanto à dos programas mais bem focalizados em outros países. (OSORIO ET AL., 2011:7)

Indicadores reproduzidos pelo SISAP Idoso³⁵, do Global AgeWatch Index 2013, da organização não-governamental HelpAge International, entre quatro áreas-chave – garantia de renda, saúde, emprego e educação, e ambiente social – o Brasil obteve nota 58,9 e seu melhor desempenho foi na categoria “garantia de renda”, onde ocupou a 12ª posição mundial, graças às transferências de renda implementadas pelo governo brasileiro, como forma de reduzir a desigualdade social. No entanto, no quesito “emprego e educação” para pessoas entre 55 e 64 anos empregadas, e o grau de instrução dos idosos, o país teve o pior desempenho, ficando em 68º lugar. Já nas categorias “saúde e ambiente social”, o país obteve as 41ª e 40ª colocação, respectivamente.

Segundo estimativa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o país já tem 20,6 milhões de idosos, número que representa 10,8% da população total do país. De acordo com o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), a expectativa é que, em 2060, o Brasil tenha 58,4 milhões de pessoas idosas (26,7% do total), num contexto em que a expectativa de vida de 75 anos em 2013 salte para 81 anos em 2060 - com as mulheres vivendo em média 84,4 e os homens, 78,03.

Ana Amélia Camarano e Solange Kanso (2009) constatarem que o quadro de envelhecimento da população mundial manifesta-se também no Brasil. Depois de experimentar as mais elevadas taxas de crescimento da população no período 1950-1970, o Brasil apresentou redução acentuada nos níveis de fecundidade. Na segunda metade do século XX houve, “em quase todo o mundo em desenvolvimento, a redução da mortalidade em todas as idades, o que resultou no aumento da esperança de vida e em que mais e mais

³⁵ Sistema desenvolvido como iniciativa conjunta da Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e do Laboratório de Informação em Saúde (LIS) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Endereço: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php>>.

pessoas alcançassem as idades avançadas” (CAMARANO E KANSO, 2009), o que se traduziu

por mudanças expressivas na estrutura etária resultando no envelhecimento populacional. Isto significa uma alteração na proporção dos diversos grupos etários no total da população. Por exemplo, em 1940, a população idosa representava 4,1% da população total brasileira e passou a representar 8,6% em 2000. O contingente, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhões para 14,5 milhões no mesmo período. Por outro lado, diminuiu a proporção da população jovem. A população menor de 10 anos passou a apresentar diminuição do seu contingente. Essa tendência acentuar-se-á nas próximas décadas. (CAMARANO E KANSO, 2009:7)

O envelhecimento da população é uma característica comum na dinâmica demográfica da grande maioria dos países do mundo e decorre, exatamente, do sucesso de suas políticas públicas, conforme analisam Camarano et al.

Os dois fatores responsáveis pelo envelhecimento populacional, redução da fecundidade e da mortalidade, foram desejados pela sociedade, pois resultaram de políticas e de incentivos promovidos por ela e pelo Estado, ajudados pelo progresso tecnológico e médico. Entretanto, as consequências têm sido vistas com preocupação, pois implicam mudanças no padrão de transferência de recursos públicos e privados. A preocupação, nesse caso, deve-se à associação entre envelhecimento e dependência. O declínio da fecundidade acarreta, a médio e longo prazos, uma redução da população nas idades produtivas (trabalhadores, potenciais contribuintes e cuidadores). Já a diminuição da mortalidade nas idades avançadas resulta em um aumento no número de anos vividos pelos idosos. (CAMARANO ET AL., 2013)

A questão afeta diretamente os sistemas de previdência social. Recentemente, notícia veiculada pela Previdência Social dava conta que, em 2012, em 3.996 municípios brasileiros (71,8% do total), o pagamento de benefícios do Regime Geral de Previdência Social ultrapassou os repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). A Previdência informa o pagamento de mais de 31 milhões de benefícios mensais pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em todo o país.

No Regime Geral da Previdência Social, do INSS, o acesso aos benefícios contributivos pode se dar por tempo de contribuição ou por idade avançada. O primeiro requer 35 anos para homens e 30 para mulheres, e o outro, uma idade mínima de 65 anos para homens e 60 para mulheres. Este último requer, também, 180 meses de contribuição para homens e mulheres. Para os servidores públicos foi estabelecida, em 1998, uma idade mínima de 55 anos para mulheres e 60 para homens, com 30 e 35 anos de contribuição,

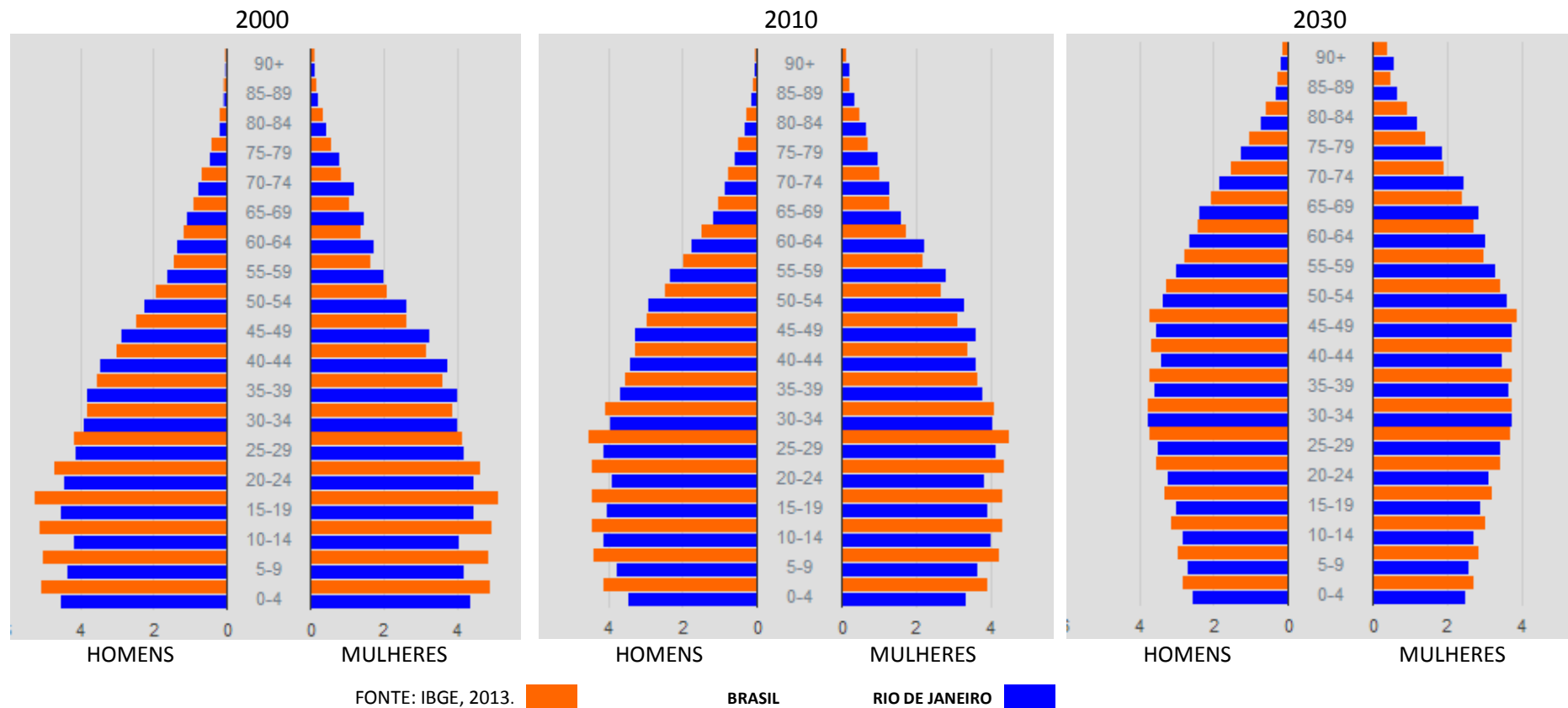
para mulheres e homens, respectivamente. Antes desta data, não havia exigência de idade mínima para a aposentadoria de servidor público.

Camarano e Kanso (op.cit.) acrescentam que, enquanto o ritmo da queda da fecundidade tem-se acelerado acima das projeções, os níveis de mortalidade correspondem ao esperado. “Consequentemente, os valores projetados para a população brasileira, de uma maneira geral, foram muito superiores aos observados e as estruturas etárias projetadas mais jovens do que as encontradas pelos Censos Demográficos”. O resultado final da dinâmica demográfica descrita foi um contingente populacional de 170 milhões de brasileiros detectados pelo Censo Demográfico de 2000 e o Brasil ter deixado de ser um país de jovens, ou seja, esses processos alteraram a composição etária e resultaram no envelhecimento populacional.

Uma comparação das pirâmides etárias em diferentes anos (2000, 2010 e projeção para 2030) demonstra um “emagrecimento” da população nas faixas de menor idade, e um alargamento nas faixas mais velhas (GRÁFICO 2), causado pela redução recente nas taxas de natalidade e aumento na expectativa de vida. O fenômeno é mundial e exige medidas da política pública em relação a sistemas de aposentadoria e de assistência social, pois altera a taxa entre as camadas chamadas de economicamente ativa e inativa, ficando reduzido o percentual de população ativa, que, tradicionalmente, financia o pagamento das aposentadorias à população inativa. O desequilíbrio no tradicional sistema de solidariedade social aumenta o papel dos benefícios sociais, e também os gastos com esses benefícios quando, como no Brasil, grande parte da população está abaixo da linha de pobreza.

O BPC tem problemas que vêm desde sua própria concepção e operacionalização ao entendimento que têm dele os beneficiários e a sociedade. Gestores entrevistados na Pesquisa FAPERJ mencionada acreditam que o Benefício não corre mais riscos de sofrer restrições, e que foi mudada a visão negativa sobre o BPC. Isto teria acontecido na medida em que o MDS “se apropriou da gestão do Benefício. Com isso houve uma maior visibilidade do Benefício na sociedade. Isso também repercutiu internamente no INSS, na condição de operacionalizador do benefício, quanto ao reconhecimento do direito”, disse um dos gestores. Um dos problemas do Benefício é que ele mantém um corte de renda per capita familiar de menos de 25% do salário mínimo, o mais baixo dentre os programas de transferência de renda que, em média, situam-se na faixa de meio salário mínimo. Entre-

GRÁFICO 2. DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA E POR SEXO DA POPULAÇÃO DO BRASIL E DO RIO DE JANEIRO – CENSOS DE 2000 E 2010 E PROJEÇÃO PARA 2030



tanto, a renda máxima para o BPC correspondia, em janeiro de 2013, a cerca de 2,78 dólares/dia, quando, em 2006, equivalia a 1 dólar/dia (LOBATO ET. AL., 2006).

A operacionalização do BPC continua a cargo da Previdência Social, através do INSS. Existe uma discussão entre gestores e profissionais da Assistência quanto à validade de também esta operacionalização ser assumida pela estrutura do SUAS, a partir do MDS. Quando da implantação do BPC, a Previdência foi escolhida para exercer este papel porque dispunha de estrutura pronta para esta operacionalização.

Embora, desde então, tenha ocorrido um evidente avanço organizativo do SUAS, que talvez o capacite para assumir a função e gerir todas as etapas do BPC, o movimento existente na gestão do Benefício não aponta para isso e a própria assistência não tem planos de atenção específica a beneficiários do BPC. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais aprovada em 2009 pela Resolução nº 109 do CNAS estabelece, para usuários na condição de idosos territorialmente referenciados aos CRAS, o acesso por procura espontânea, por busca ativa, por encaminhamento da rede socioassistencial ou por encaminhamento das demais políticas públicas. Não há previsão de busca ativa ou encaminhamento de usuário ao CRAS ou CREAS pelo fato de ser Beneficiário do BPC ou de outro benefício, e o acesso ao BPC não implica encaminhamento do beneficiário à rede socioassistencial. Depreende-se que, para o beneficiário, uma eventual vinculação da concessão do benefício à Assistência Social não altera o acompanhamento que recebe.

Do ponto de vista da gestão do benefício em nível federal, os gestores nacionais entrevistados na pesquisa FAPERJ não indicaram intenção de substituir o INSS na operacionalização do BPC. Antes, destacaram os avanços na integração do trabalho com o Protocolo de Gestão Integrada, que estaria integrando não só o MDS com o MPS (INSS), mas também, via CIT, os demais órgãos públicos que atuam no BPC, como o DATAPREV, e, verticalmente, os níveis estaduais e municipais. Gestores estaduais do Rio de Janeiro informaram ter mantido contatos com o MDS e dispor, a partir de 2013, de acesso ao sistema de informação sobre usuários do BPC com a intenção de ampliar sua capacidade de monitoramento.

Nos anos de implantação do BPC, duas questões geraram preocupação à área da assistência social: uma, a de que a Previdência Social tratasse o BPC como um benefício de menor importância, por não estar vinculado ao “merecimento” das contribuições prévias no qual o INSS baseia sua noção de proteção social; outra, que o INSS fosse rígido demais

em suas perícias médicas, acostumado que estava a uma noção de deficiência como incapacitadora para o trabalho, exclusivamente.

A ação do MDS e de toda a rede envolvida na assistência social logrou que o BPC fosse seriamente considerado pela sociedade e pelo INSS. Quanto às perícias, isso de fato ocorreu. Reis (2010) relata a grande afluência de potenciais beneficiários à Justiça, no Rio de Janeiro, diante da recusa na concessão do Benefício pelo INSS entre 2005 e 2009. Muitos deles tiveram garantido o direito pela Justiça, tanto como consequência de uma reavaliação da condição da deficiência quanto por uma reavaliação social, dada a insuficiência do critério renda para, sozinho, identificar a situação de pobreza. Segundo Reis, estatísticas da Seção Judiciária do Rio de Janeiro contabilizaram a tramitação, em 2007, de 1.226 processos cujo objeto era o BPC; em 2008, de 5.289 processos; em 2009, o total de processos tramitando atingiu 9.427. A autora analisou a atuação do Serviço Social na Seção de Atendimento Processual dos Juizados Especiais Federais, tendo encontrado que, entre junho/2005 a agosto/2009, foram encaminhados ao setor, para realização de perícia social, 151 processos. Destes, até 7/1/2010, 75 (50%) tinham sido considerados procedentes e 22, improcedentes.

Conforme descrevemos, a assistência social vem fazendo um esforço significativo na inclusão do BPC em suas diretrizes, através da pactuação de NOBs redigidas democraticamente pela rede da assistência, inclusive Conselhos. Essa pactuação causa mudanças na política. Gestores municipais e Profissionais de CRAS entrevistados demonstraram boa noção do SUAS e da necessidade da seguridade social, e o mesmo pode-se dizer da percepção dos Beneficiários, mesmo que não identifiquem suas necessidades com tais nomes. Gestores estaduais e nacionais da assistência e do BPC, bem como do INSS, defenderam nas entrevistas que se discuta a ampliação do acesso via discussão do critério de renda, e que um novo processo de revisão periódica do benefício não tenha o objetivo de suspendê-lo, mas realmente de gerenciá-lo.

A possibilidade de entraves à efetividade de resultados com o BPC é grande, passa por aspectos como a inexistência de alguns serviços públicos, a má qualidade de outros, a dificuldade de acesso a eles, e, ainda, a desarticulação em vários níveis – entre diferentes serviços e áreas no município, entre serviços regionalmente, entre os níveis de governos municipais, estaduais e federal. Entretanto, outros aspectos podem apontar para a superação de alguns entraves, fortalecendo o papel da proteção social enquanto direito à cidadania, na direção de uma política social de padrão universalista.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Preparação da Pesquisa

O estudo sobre transferências de renda e população idosa apresentado nesta tese foi planejado e realizado a partir de um recorte na pesquisa *Assistência Social e construção de direitos no Estado do Rio de Janeiro: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC*, de maior abrangência e realizada com financiamento da FAPERJ. Fizemos parte deste grupo de pesquisa, que teve a orientação geral da Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos Lobato.

O objetivo desta pesquisa, à qual chamaremos de Pesquisa FAPERJ, foi avaliar o processo e o nível de institucionalização da assistência social no Estado do Rio de Janeiro a partir da incorporação, pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), da atenção aos usuários deste Benefício em 21 municípios pesquisados. Partimos do pressuposto de que o BPC, por ser o único benefício assistencial garantido constitucionalmente, deveria ter um papel central na consolidação da assistência como política pública. Os dados da pesquisa foram coletados em entrevistas com usuários do BPC e gestores da Assistência Social, conforme será detalhado adiante.

O Estado do Rio de Janeiro foi escolhido como lócus da pesquisa porque, além de ser o segundo Estado em desenvolvimento na nação, tem em sua capital, Rio de Janeiro, um Município de grande representação populacional e com forte ação na área da assistência, que serve de modelo para os demais municípios do Estado, onde o BPC atende a 275 mil pessoas (dezembro de 2013) (MDS, 2013).

O BPC é um benefício já consolidado em todo o território nacional, com aparato organizacional e legal definido e com alto impacto na renda das famílias e indivíduos a que se destina. Considerando as características da população que recebe o BPC, a efetividade do benefício como direito requer que, em associação à transferência de renda, seja ofertado aos beneficiários um conjunto de ações assistenciais.

A partir do estudo da atuação de alguns municípios do Estado e da contribuição de atores com influência na condução da política de assistência social no cenário estadual e

nacional, buscou-se identificar inovações, avanços e entraves da política de assistência social e do BPC no Estado do Rio de Janeiro, assim como um conjunto de indicadores de avaliação apropriados à assistência social, que poderão ser aplicados pela gestão da política pública estadual.

Desta maneira, os seguintes objetivos específicos foram delimitados para este estudo:

1) Identificar e analisar a institucionalização da assistência social no Estado do Rio de Janeiro; 2) Identificar e analisar o processo de incorporação do BPC ao Sistema Único de Assistência Social no Estado do Rio de Janeiro; 3) Identificar e analisar casos avançados e reticentes de incorporação do BPC ao SUAS no Estado do Rio de Janeiro; 4) Identificar inovações e impasses na gestão local para a implementação da política de assistência social; 5) Identificar, junto a beneficiários do BPC em municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro, mudanças na prestação de serviços assistenciais a partir da integração do BPC à rede SUAS.

O Estado do Rio de Janeiro tem feito esforços importantes na construção da política pública de assistência social como direito, mas não foram realizados estudos ou avaliações abrangentes e sistemáticas sobre o processo de implementação de sua política de assistência social. As avaliações existentes em geral tomam municípios do Estado como parte de amostras nacionais, mas não o consideram como universo particular de investigação. Por outro lado, as avaliações já desenvolvidas que consideram municípios fluminenses tratam dos efeitos dos programas sobre os beneficiários, mas deixam de tratar do processo de implementação desses programas. Assim, perdem potencial explicativo ao identificar inovações ou problemas que em geral estão localizados no processo de implementação.

No projeto inicial da pesquisa, foi decidido que o estudo utilizaria o método de amostragem, a partir de entrevistas a serem realizadas em cerca de 20 municípios do Rio de Janeiro. Para que esta representatividade fosse a maior possível, foram discutidos e eleitos alguns critérios iniciais de escolha dos municípios: nível de gestão da assistência social; distribuição regional dos municípios; número de beneficiários do programa; e porte do município³⁶.

³⁶ Na classificação de municípios conforme o número de habitantes, o IBGE adota como categorias: Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000

A pesquisa desenvolveu Tarefas variadas, que agrupamos em seis categorias e foram realizadas em três etapas (QUADRO 2):

QUADRO 2. SÍNTESE METODOLÓGICA DA PESQUISA BPC-FAPERJ

ETAPAS	PASSOS
PREPARAÇÃO DA PESQUISA	1. Acompanhamento e atualização da literatura e legislação.
	2. Coleta, normatização e análise de dados secundários dos municípios e do BPC.
	3. Definição de parâmetros, construção e testes de questionários.
TRABALHO DE CAMPO	4. Realização de entrevistas com âmbito municipal, tanto com gestores da Assistência quanto beneficiários do BPC, em municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro.
	5. Realização de entrevistas em níveis estadual e nacional, com gestores, lideranças e representantes de instâncias de pactuação.
ANÁLISES	6. Construção dos bancos de dados, digitação dos dados coletados nas entrevistas, ajustes nos bancos e geração de frequências/ cruzamentos de variáveis para análises estatísticas e qualitativas, através de listagens das respostas abertas.

3.1.1 Revisão da literatura

O grupo de pesquisadores procedeu, inicialmente, a uma série de discussões baseadas em leituras que ampliassem os estudos sobre análise de políticas públicas, proteção social, transferência de renda; estas leituras incorporaram literatura internacional e procurou-se identificar as diferentes linhas ideológicas e os enfoques nas áreas de administração, economia, serviço social e sociologia. Foi levantada a legislação federal e estadual sobre assistência social e alguma literatura sobre assistência social no Estado do Rio de Janeiro e Brasil, bem como serviços, programas e projetos que atendessem ao público potencial do BPC: pessoas de baixa renda com deficiência ou idosas.

Os objetivos desses estudos foram equilibrar conhecimentos dos pesquisadores-orientandos e criar uma base para formulação conjunta do método de pesquisa e dos questionários. Esta etapa foi importante para o conhecimento e aprofundamento teórico dos assuntos estudados, e principalmente para ajudar na elaboração das categorias de análise e na construção dos instrumentos de coleta de dados.

habitantes; Municípios de Grande Porte – população de 100.001 a 900.000 habitantes; Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes (Fonte: <ibge.gov.br>).

3.1.2 Organização de dados secundários

Numa segunda frente de ação, foi trabalhada, concomitantemente, a seleção dos municípios a serem estudados, seleção esta que seguiu critérios qualitativos de representatividade. O objetivo foi selecionar municípios que fossem capazes de representar distintas situações demográficas, geográficas e de participação na concessão do BPC dentre a totalidade dos 92 municípios do Rio de Janeiro.

Houve nove reuniões entre o grupo de pesquisa até que se elegessem alguns critérios iniciais de escolha dos municípios: A) nível de gestão da assistência social; B) distribuição regional dos municípios; C) número de beneficiários do programa; e D) porte do município ³⁷.

O nível de gestão da assistência social (critério A) era considerado na época (início de 2011) pela NOB SUAS de 2005, o que foi revisado a partir da nova NOB de 2012. Aos municípios eram possíveis três níveis de habilitação ao SUAS, de acordo com sua capacidade de gestão: inicial, básica e plena. Os municípios habilitados em Gestão Municipal, de acordo com a NOB/99, eram habilitados automaticamente em Gestão Inicial. Considerava-se Gestão **Inicial** a dos municípios que atendiam a requisitos mínimos, como a existência e funcionamento de conselho, fundo e planos municipais de assistência social, além da execução das ações da Proteção Social Básica com recursos próprios. O município passava ao nível **Básico** quando assumia, com autonomia, a gestão da proteção social básica.

Decidimos trabalhar com municípios que tivessem habilitada a gestão Plena da assistência social, na qual o município tem “gestão total das ações de assistência social, amplia o atendimento atual dos CREAS – Centros de Referência Especializados de Assistência Social, participa da partilha dos recursos para projetos de Inclusão Produtiva, recebe o Piso de Proteção Social Básica” (MDS), o que pressupõe que tenha implementadas a proteção básica e a proteção especial. Desta forma, estaríamos confrontando a relação BPC-SUAS e a relação Beneficiários-SUAS em municípios com implantação máxima do sistema público assistencial.

³⁷ Na classificação de municípios conforme o número de habitantes, o IBGE adota como categorias: Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes; Municípios de Grande Porte – população de 100.001 a 900.000 habitantes; Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes (Fonte: <ibge.gov.br>).

Listamos então todos os municípios com gestão plena. A partir da listagem resultante, de 31 municípios, realizamos escolha qualitativa que levasse em conta uma boa distribuição regional da amostra (critério B), e decidimos pela possibilidade de incluir municípios que constituíssem referência regional na prestação de serviços socioassistenciais (através dos planos municipais no sistema estadual e de indicações obtidas em entrevista prévia com o gestor estadual); ou relevância política, econômica ou demográfica no cenário nacional ou regional. Quando possível, foi dada preferência a municípios com população a partir de 50.001 habitantes em 2010, ou seja, com porte médio ou maior, porém a representatividade regional levou-nos a trabalhar também com os de pequeno porte (critério D).

Para facilitação desta escolha, foi montado um quadro reunindo as informações das quatro fontes mencionadas. A montagem deste quadro exigiu alguns passos prévios, a fim de parametrizar informações. Os nomes dos municípios não tinham a mesma apresentação em todas as fontes – uma trazia os nomes oficiais, outra os nomes usuais e outra ainda tinha parte do nome em iniciais³⁸. Ocorriam também diferenças de grafia. Todos os dados recolhidos foram do ano de 2010. Os números de beneficiários do BPC/LOAS também foram retotalizados anualmente, pois os mais recentes eram apresentados pelo MDS³⁹ mês a mês; foi calculada a percentagem entre beneficiários e população do município (critério C). Foi necessário organizar estas informações relativas a todos os municípios habilitados em gestão plena para dar seguimento aos demais critérios eletivos da pesquisa.

Desta forma, optou-se finalmente por um município a mais (no projeto de pesquisa fora sugerida a necessidade de estudo de 20 municípios), ou seja, 21 municípios, que se mostrou mais inclusiva⁴⁰. O QUADRO 3 foi montado após todas as avaliações realizadas e que resultaram nesta seleção.

³⁸ Exemplo: Armação dos Búzios, Búzios e A. Búzios.

³⁹ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria Nacional de Assistência Social / Departamento de Benefícios Assistenciais / Coordenação Geral da Gestão de Benefícios.

⁴⁰ Um deles, Belford Roxo, veio a ser substituído por Nova Iguaçu, município vizinho. Decidiu-se pela substituição devido à dificuldade de retorno dos contatos feitos para marcar entrevistas.

QUADRO 3. BPC/LOAS - BENEFÍCIOS ATIVOS EM 2010 - RJ - MUNICÍPIOS COM GESTÃO PLENA RJ ORDENADOS POR REGIÃO E INDICAÇÃO DA AMOSTRA SELECIONADA

MUNICÍPIO	REGIÃO	PORTE	POPULAÇÃO	IDOSOS			PCD			SOMA IDOSOS + PCD		
				BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO A TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO CONJUNTO	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO	BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO A TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO CONJUNTO	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO	BENEFÍCIOS CONCEDIDOS	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO A TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO CONJUNTO	PERCENTUAL DE BENEFÍCIOS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO
1 CACHOEIRAS DE MACACU	Baixadas Litorâneas	Médio	54.370	385	0,39	0,71	470	0,79	0,86	855	0,54	1,57
2 CASIMIRO DE ABREU		Pequeno II	35.373	350	0,36	0,99	298	0,50	0,84	648	0,41	1,83
3 RIO DAS OSTRAS		Médio	105.757	545	0,56	0,52	372	0,63	0,35	917	0,58	0,87
SAQUAREMA	Centro Sul	Médio	74.221	1.370	1,40	1,85	772	1,30	1,04	2.142	1,36	2,89
4 MENDES		Pequeno I	17.940	106	0,11	0,59	242	0,41	1,35	348	0,22	1,94
5 TRÊS RIOS		Médio	77.503	299	0,31	0,39	444	0,75	0,57	743	0,47	0,96
6 MANGARATIBA	Costa Verde	Pequeno II	36.311	261	0,27	0,72	86	0,15	0,24	347	0,22	0,96
7 BARRA DO PIRAÍ		Médio	94.855	450	0,46	0,47	785	1,33	0,83	1.235	0,79	1,30
8 ITATIAIA	Medio Paraiba	Pequeno II	28.852	152	0,16	0,53	162	0,27	0,56	314	0,20	1,09
PIRAÍ		Pequeno II	26.309	217	0,22	0,82	227	0,38	0,86	444	0,28	1,69
PORTO REAL		Pequeno I	16.574	64	0,07	0,39	52	0,09	0,31	116	0,07	0,70
9 RESENDE	Metropolitana	Grande	119.801	814	0,83	0,68	757	1,28	0,63	1.571	1,00	1,31
10 VOLTA REDONDA		Grande	257.996	740	0,76	0,29	1.125	1,90	0,44	1.865	1,19	0,72
11 BELFORD ROXO		Grande	469.261	5.573	5,69	1,19	2.508	4,24	0,53	8.081	5,14	1,72
12 ITABORAÍ	Metropolitana	Grande	218.090	2.614	2,67	1,20	1.596	2,70	0,73	4.210	2,68	1,93
NOVA IGUAÇU		Grande	759.212	4.680	4,78	0,62	8.163	13,79	1,08	12.843	8,17	1,69
13 MAGÉ		Grande	228.150	2.183	2,23	0,96	2.064	3,49	0,90	4.247	2,70	1,86
14 MESQUITA	Metropolitana	Grande	168.403	3.396	3,47	2,02	1.530	2,58	0,91	4.926	3,14	2,93
15 NITERÓI		Grande	487.327	5.193	5,30	1,07	2.795	4,72	0,57	7.988	5,08	1,64
16 RIO DE JANEIRO		Metrópole	6.323.037	56.779	57,98	0,90	25.835	43,64	0,41	82.614	52,58	1,31
SÃO JOÃO DE MERITI	Metropolitana	Grande	459.356	5.070	5,18	1,10	1.997	3,37	0,43	7.067	4,50	1,54
SEROPÉDICA		Médio	78.183	513	0,52	0,66	204	0,34	0,26	717	0,46	0,92
APERIBÉ		Pequeno I	10.215	85	0,09	0,83	52	0,09	0,51	137	0,09	1,34
17 BOM JESUS DO ITABAPOANA	Noroste Fluminense	Pequeno II	35.384	137	0,14	0,39	307	0,52	0,87	444	0,28	1,25
NATIVIDADE		Pequeno I	15.077	114	0,12	0,76	196	0,33	1,30	310	0,20	2,06
PORCIÚNCULA		Pequeno I	17.771	90	0,09	0,51	248	0,42	1,40	338	0,22	1,90
18 CAMPOS DOS GOYTACAZES	Norte Fluminense	Grande	463.545	2.778	2,84	0,60	2.789	4,71	0,60	5.567	3,54	1,20
19 MACAÉ		Grande	206.748	928	0,95	0,45	1.180	1,99	0,57	2.108	1,34	1,02
SÃO FIDÉLIS		Pequeno II	37.553	171	0,17	0,46	262	0,44	0,70	433	0,28	1,15
20 CARMO	Serrana	Pequeno I	17.439	125	0,13	0,72	109	0,18	0,63	234	0,15	1,34
21 PETRÓPOLIS		Grande	296.044	1.750	1,79	0,59	1.569	2,65	0,53	3.319	2,11	1,12
				97.932				59.196				157.128

(FONTES: MDS, SEASDH-RJ E IBGE)

MUNICÍPIO SELECIONADO

3.1.3 Elaboração dos questionários

Após a escolha dos municípios e com ideias mais organizadas sobre o que gostaríamos de saber sobre o funcionamento da política de assistência social nas localidades, em relação aos usuários do BPC, foram pesquisadas e construídas categorias e variáveis que orientassem a formulação de perguntas, o que gerou os Componentes que deveriam ser incorporados nas entrevistas, de acordo com o segmento a ser entrevistado (QUADRO 4).

QUADRO 4. COMPONENTES DAS ENTREVISTAS SEGUNDO GRUPOS A SEREM ENTREVISTADOS

NÍVEL	GRUPO ENTREVISTADO	COMPONENTES DAS ENTREVISTAS
MUNICIPAL	1. Beneficiários do BPC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil dos respondentes ▪ Concepção sobre o BPC ▪ O SUAS e a incorporação recente do BPC ▪ Implementação do BPC na Escola ▪ Proteção Social/Acesso a serviços e programas
	2. Gestores Municipais da Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepção sobre o BPC ▪ Conflitos entre concepção constitucional e legal do BPC
	3. Profissionais dos CRAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perspectivas de mudanças legais e normativas
ESTADUAL E NACIONAL	4. Gestores Estaduais da Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concepção sobre o BPC na trajetória assistencial estadual
	5. Gestores Nacionais da Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O SUAS e a incorporação recente do BPC ▪ Impasses atuais da descentralização
	6. Representantes dos espaços de pactuação *	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação da implementação do Decreto 6.214 no Estado ▪ Implementação do BPC na Escola

* CIB, CIT, CEAS, COEGEMAS, FONSEAS.

Tivemos o seguinte entendimento sobre cada uma das categorias empíricas de análise adotadas na elaboração das perguntas (QUADRO 5):

QUADRO 5. DESCRIÇÃO DOS COMPONENTES PARA ELABORAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

COMPONENTE	DESCRIÇÃO
Proteção Social	Voltada para o questionário com os beneficiários, trata-se da existência, percepção e utilização de programas e ações governamentais específicos de atenção ao idoso e às pessoas com deficiência; percepção sobre elegibilidade e acesso às instituições assistenciais da rede de serviços; percepção sobre a qualidade dos programas/ações das instituições assistenciais da rede de serviços; existência e extensão de rede familiar de apoio; percepção sobre mudanças no suporte dos núcleos familiares e nas relações familiares após o início do recebimento do BPC; existência de outras relações não consanguíneas; percepção sobre mudanças acerca de outras relações não consanguíneas após o início do recebimento do BPC; existência e percepção sobre mudanças acerca de organizações comunitárias (religiosas, políticas, associação de moradores) após o início do recebimento do BPC; utilização de serviços prestados por organizações comunitárias; grau de satisfação com a ação desenvolvida pelas organizações comunitárias; existência, percepção e utilização de instituições sociais (públicas, não-governamentais) dentro da microrregião; percepção do BPC como direito.
Acesso	Também incorporado especificamente ao questionário de beneficiários, refere-se ao tempo de espera entre a entrada do requerimento e o recebimento da resposta com resultado positivo ou negativo; percepção sobre os critérios de elegibilidade e sobre o acesso ao BPC; forma como tomou conhecimento do benefício; satisfação com o atendimento na agência do INSS; restrições e problemas para entrada/recebimento do benefício; tipo de apoio para entrada ou manutenção do benefício.
Concepção sobre o BPC	Noção sobre o benefício no que toca ao alcance do direito, capacidade de alterar condições sociais, limites na concepção, e impactos.
Conflitos entre concepção constitucional e legal do BPC	Contradições entre as premissas do BPC na Constituição e na Lei Orgânica de Assistência Social em relação à legislação e normatização do benefício; percepção sobre interesses que indicam as contradições; identificação de impasses e incentivos em distintas conjunturas.
Perspectivas de mudanças legais e normativas	Percepção e posicionamento sobre alternativas legais, regulatórias e de pactuação para o aprimoramento do benefício.
Concepção sobre o BPC na trajetória assistencial estadual	Percepção e posicionamento acerca das proximidades e impasses na relação entre a institucionalização do BPC e a trajetória da assistência.
O SUAS e a incorporação recente do BPC	Configuração e inserção do benefício nas prescrições do Sistema Único de Assistência Social estadual; limites e perspectivas da convivência interinstitucional (Assistência e Previdência no Estado).
Impasses atuais da descentralização	Relações intergovernamentais para a implementação do BPC ao interior das estratégias do SUAS nos municípios do Rio de Janeiro, em especial sua localização na estrutura organizacional prevista e na rede de serviços.
Avaliação da implementação do Decreto 6.214 no Estado	Mecanismos de aplicação da norma; negociação entre agentes governamentais e organizacionais; perspectivas legais; tendências de expansão e mudanças no perfil da demanda do benefício.
Implementação do “BPC na Escola”	Acompanhamento dos problemas, soluções e conflitos na implantação do programa.

FONTE: RELATÓRIO DE PESQUISA.

Entendeu-se importante realizar entrevistas com atores de diferentes papéis (quanto ao BPC) no âmbito municipal, que dessem informações variadas sob diversos aspectos, alguns

mais ligados à gestão da política pública e outros à sua operacionalização. Assim, em cada município, procuramos entrevistar 6 beneficiários (2 idosos, 2 pessoas com deficiência intelectual, 2 pessoas com deficiência física); 2 representantes de CRAS (unidades diferentes); e o gestor da assistência social.

TABELA 4. NÚMERO DE ENTREVISTAS REALIZADAS POR TIPO E POR MUNICÍPIO (em ordem alfabética)

MUNICÍPIOS		BENEFICIÁRIOS			PROFISSIONAIS DOS CRAS	GESTORES MUNICIPAIS	TOTAIS
		IDOSOS	PCD	TOTAL			
01	Barra do Pirai	2	3	6	2	1	9
02	Bom Jesus do Itabapoana	2	4	6	2	1	9
03	Campos dos Goytacazes	2	2	6	2	1	9
04	Carmo	2	4	6	2	1	9
05	Casimiro de Abreu	1	3	5	1	1	7
06	Itaboraí	1	3	6	2	1	9
07	Macaé	2	4	6	1	1	8
08	Magé	2	3	6	2	1	9
09	Mangaratiba	2	4	6	2	0	8
10	Mendes	2	4	4	2	1	7
11	Mesquita	2	4	4	2	1	7
12	Niterói	2	4	6	2	1	9
13	Nova Iguaçu	2	4	6	2	1	9
14	Petrópolis	0	4	6	2	1	9
15	Pirai	2	4	5	2	1	8
16	Resende	3	3	6	2	1	9
17	Rio das Ostras	2	4	6	-	1	7
18	Rio de Janeiro	2	4	6	2	1	9
19	Saquarema	3	3	4	1	1	6
20	Três Rios	2	4	4	2	1	7
21	Volta Redonda	2	4	7	2	1	10
	TOTAIS	40	76	116	37	20	173

Além dos representantes municipais, foram entrevistados em formato predominantemente aberto os gestores estaduais e nacionais, representantes dos órgãos de pactuação, de forma a garantir diferentes pontos de vista e aprofundamento de temas específicos. Nos 21 municípios da amostra, foram realizadas 20 entrevistas com Gestores, pois em um deles encontramos dificuldade de realização da entrevista e optamos por cancelá-la. Falas selecionadas destes entrevistados foram mencionadas e citadas nesta Tese, de forma a ilustrar alguns temas abordados.

Na seleção destes entrevistados, tivemos que considerar que não haveria recursos para muitas viagens a Brasília, além de não dispormos de todos os contatos nem uma relação prévia dos setores importantes à pesquisa. A partir de uma visita à Ouvidoria do MDS, a

Coordenadora disponibilizou-se a fazer contatos telefônicos com atores importantes e conseguimos, em quatro dias, realizar 6 entrevistas com gestores do MDS e INSS, além de visitarmos as instalações do MDS e termos conseguido algum material bibliográfico e documental importante. Não houve entrevista no CNAS pois seu representante estava envolvido na organização de eleições e não teve tempo.

@Em nível estadual, passamos por dificuldades iniciais de agenda e de saúde do informante que selecionamos por ter participação nas instâncias de pactuação nacional. Após atrasos, esta e as demais entrevistas foram realizadas. Importante dizer que houve preocupação com os aspectos éticos da avaliação e que todos os respondentes, tanto no nível municipal, estadual ou federal, foram consultados, informados do teor e objetivos da pesquisa, assinaram termos de compromisso e foram certificados sobre o sigilo das informações, o tratamento dos dados que seriam divulgados de modo agregado, sem a possibilidade de identificação.

As entrevistas foram realizadas com questionários montados por perguntas estruturadas. Optamos por questionários numa composição aberto-fechado, com menor utilização de perguntas abertas para os Beneficiários, que contariam com mais entrevistas. Os grupos 4, 5 e 6 do Quadro 2 foram trabalhados em pouco número de entrevistados e com perguntas específicas, portanto, não utilizamos questionário, mas um roteiro de perguntas abertas para orientar as entrevistas.

No âmbito da Pesquisa desta tese, das perguntas dirigidas aos grupos elencados no QUADRO 4, interessaram-nos principalmente aquelas dos grupamentos 1, 2 e 3 e relativas a situações envolvendo os beneficiários cadastrados no Benefício como Idosos, e as que dizem respeito à inserção do sistema de assistência social em SUAS vidas. Estes entrevistados, por constituírem a maioria e principal foco da pesquisa, foram abordados com questionários montados por perguntas estruturadas. Conforme descrito, optamos por questionários numa composição aberto-fechado, com menor utilização de perguntas abertas para os Beneficiários.

Os grupos 4, 5 e 6 foram trabalhados em pouco número de entrevistados e com outro conjunto de perguntas, com foco qualitativo e atendendo a outros recortes.

Para se pensar a institucionalidade da política, foram estudadas perguntas que representassem também uma análise de regras normativas e indicassem a materialidade institucional da política, ou seja, seus recursos. Os questionários passaram por testes dentro do grupo, e foram aprovados após algumas retificações conforme constam dos Anexos I, II e III.

3.2 Pesquisa de Campo

3.2.1 Observações sobre as Entrevistas

A preocupação com os aspectos éticos da avaliação fez-nos consultar todos os possíveis respondentes, em níveis municipal, estadual ou federal, informando-os do teor e objetivos da pesquisa e de que, no tratamento dos dados, os resultados seriam divulgados de modo agregado, sem a possibilidade de identificação. Os entrevistados assinaram termos de compromisso e foram certificados sobre o sigilo das informações. Foram enviadas, previamente, Cartas de Apresentação aos Secretários Municipais e aos CRAS informando sobre a pesquisa (modelo da carta no Anexo IV), e um Termo de Compromisso (Anexo V). Além disso, fizemos contatos telefônicos antes de agendar as visitas.

Foi opção do grupo de pesquisa que os CRAS municipais indicassem beneficiários ou representantes a serem entrevistados. O grupo entendeu que metodologicamente seria mais interessante fazer contato prévio via CRAS e tentar agendar com os usuários sugeridos, já que os Centros devem manter um acompanhamento dos beneficiários. Assim, o processo de entrevistas fluiu do gestor municipal (secretário de assistência social) aos Profissionais dos CRAS até os Beneficiários.

Na prática, diversos Centros fizeram tal indicação por ocasião da entrevista com seus profissionais, e alguns nos orientaram a procurar pelos beneficiários em organizações do Terceiro Setor. Desde este momento, em alguns casos, ficou nítida a inexistência de acompanhamento aos beneficiários do BPC pelos CRAS, o que pôde ser percebido através dos contatos telefônicos com os profissionais e em observação nas visitas para realização das entrevistas.

Em alguns casos, tivemos muitas dificuldades para conseguir marcar as entrevistas, mas concluímos o trabalho com poucas ausências no que diz respeito também aos Gestores Nacionais/Instâncias de Pactuação (MDS, INSS, CIT, CNAS, FONSEAS, CONGEMAS). Não houve tempo hábil para confirmação de todos os gestores do MDS e das instâncias de pactuação que gostaríamos de entrevistar. Enviamos as cartas de apresentação, fizemos alguns contatos telefônicos, mas não haveria recursos para irmos muitas vezes a Brasília.

Como não tínhamos todos os contatos e nem todos os nomes dos setores importantes à pesquisa, a Ouvidoria, localizada no 9º andar do prédio do MDS, foi procurada para busca de informações. Neste local, fomos recebidos pela Coordenadora, que se disponibilizou a fazer contatos telefônicos com atores importantes. Este caminho foi fundamental, pois ela conhecia

os principais coordenadores e os telefones atualizados. Esta é uma estratégia que pode ser utilizada em outras pesquisas. Conseguimos realizar, em quatro dias, seis entrevistas com gestores do MDS e INSS, além de visitarmos as instalações do MDS e termos conseguido algum material bibliográfico e documental importante. Cabe ressaltar que não conseguimos a entrevista com o CNAS, pois seus integrantes estavam ocupados com eleições internas.

Buscamos um representante da Assistência no Estado que tivesse participação nas instâncias de pactuação nacional, a fim de nos fornecer informações-chave. Alguns passos foram atrasados diante da dificuldade encontrada para realizar os encontros agendados. Obtivemos do setor dados secundários que foram utilizados no Passo 2 (QUADRO 2).

3.2.2 Tratamento dos Dados

Com as entrevistas já em andamento, diante da inadequação de softwares inicialmente cogitados, decidimos preparar um banco de dados que incluísse todas as respostas dos questionários, a fim de facilitar a contagem das frequências, permitir cruzamento entre as respostas dos três grupos de entrevistados dos municípios e manter um registro mais efetivo da pesquisa realizada. As perguntas constantes dos três questionários foram organizadas em três bancos de dados, que em seguida começaram a ser alimentados com as respostas.

Antes de a alimentação estar completa, começamos a gerar algumas frequências e a estudar variáveis para futuros cruzamentos em cada banco e interbancos. Nesta ocasião, percebemos alguns problemas com os bancos. Como os questionários já estavam prontos e sendo aplicados quando da elaboração dos bancos, muitas perguntas não tinham um formato adequado para a geração dos resultados desejados por este método. Foi necessário, por isso, que se fizessem seguidas reestruturações dos bancos, envolvendo algum trabalho de redigitação de respostas. Esta talvez tenha sido a parte mais complexa do caminho percorrido para os resultados da pesquisa. Pensar o banco de dados antes do início das entrevistas teria poupado trabalho, mas a questão do tempo de execução da pesquisa nos apressou ao início das entrevistas, visto que teríamos 21 locais diferentes a visitar, e em cada um, realizar 9 entrevistas, além de contatos com a gestão estadual e nacional.

Além disso, em função da grande variedade de respostas às perguntas com opção de resposta aberta, procedemos à impressão de todas as frequências e ao reagrupamento dessas respostas nas variáveis já existentes ou mesmo em novas variáveis, maximizando a capacidade de respostas quantitativas do banco. Concomitantemente, foram padronizadas respostas semelhantes entre os bancos de Gestores Municipais e Profissionais dos CRAS.

Também compreendemos que, sendo a pesquisa fortemente qualitativa, embora os bancos sejam úteis, boa parte da análise seria qualitativa e teria que ser feita caso a caso.

Os três questionários (Beneficiários, CRAS e Gestores) foram digitados e organizados em três arquivos separados após os dados serem codificados e, em seguida, revisados, com o objetivo de verificar possíveis erros de digitações. Caso alguma incoerência fosse encontrada, o dado referente era procurado manualmente nos questionários para esclarecer a dúvida. As respostas das questões abertas foram categorizadas segundo similaridade do seu conteúdo e quantificadas. A análise dos dados consistiu inicialmente de uma análise descritiva por meio de distribuição de frequência de ocorrência absoluta e relativa (n-%).

Cabe ressaltar que, como algumas questões tinham mais de uma opção de resposta, o somatório das frequências absolutas pode ser maior do que o número de respondentes. Foi, assim, opção nossa mensurar não o número de respondentes por cada quesito, o que teria exigido outro modelo de questionário. Os dados das tabelas organizam-se a partir da quantificação das respostas dadas.

A seguir, foi utilizado o teste qui-quadrado para comparação de proporções entre as categorias de duas variáveis (análise bivariada). Nas tabelas de contingência, nas quais pelo menos 25% dos valores das células (caselas) apresentaram frequência esperada menor do que 5, foi utilizado o teste exato de Fisher, sendo que, nas situações em que pelo menos uma variável teve característica politômica, foi utilizada a simulação de Monte Carlo, sendo efetuadas 10 mil iterações para cada teste para correção dos níveis de significância. Todos os procedimentos estatísticos foram efetuados no programa SPSS® (*Statistical Package to Social Sciences for Windows*), versão 16.0, considerando como critério de decisão um nível de significância (α) de 5%.

A análise dos questionários e das entrevistas seguiu a perspectiva da identificação de categorias analíticas (SELLTIZ ET AL., 1965) e da análise de conteúdo (BARDIN, 1979), tratadas desde a perspectiva qualitativa. A análise de conteúdo visa à identificação de mecanismos de percepção através da fala dos entrevistados sobre temas previamente orientados e/ou propostos pelos próprios informantes.

As respostas dadas aos três questionários foram, assim, tratadas estatisticamente para análise. Para utilização da pesquisa no recorte de interesse desta Tese, inicialmente descartamos (no Banco de Beneficiários) as perguntas cujos temas não foram respondidos por Beneficiários Idosos, como aquelas referentes à deficiência física e ao BPC-Escola. Das demais, listamos as frequências de todas as respostas dos Beneficiários Idosos. Quanto aos

Gestores e Profissionais dos CRAS, estes responderam a perguntas relativas a todo o conjunto de usuários da Assistência Social. Assim, nestes dois bancos, listamos as frequências de todas as respostas, efetuando depois a análise qualitativa e descartando as respostas que não diziam respeito ao tema desta tese.

4 RESULTADOS ENCONTRADOS E ANÁLISE

Os segmentos entrevistados, também chamados de respondentes, são identificados como BENEFICIÁRIOS ou pela inicial B (referindo-nos ao conjunto de respondentes IDOSOS), GESTORES, ou G (gestores das pastas municipais de assistência social) e CRAS, ou C (Profissionais dos Centros de Referência em Assistência Social).

Os resultados foram agrupados por temas e expostos na forma de tabelas. Os BENEFICIÁRIOS responderam perguntas que, neste trabalho, apresentam-se organizadas sob os seguintes temas:

1. PERFIL DOS ENTREVISTADOS,
2. ACESSO AO BENEFÍCIO,
3. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA,
4. PROTEÇÃO SOCIAL,
5. ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUAS,
6. PERCEPÇÃO DO BPC.

Destas perguntas, algumas também foram feitas e respondidas por GESTORES e CRAS. Procuramos juntar a apresentação das respostas dos diferentes segmentos e analisá-las comparativamente.

Outras questões, dirigidas especificamente a GESTORES e CRAS, estão apresentadas sob os seguintes temas:

7. GESTÃO DA INFORMAÇÃO SOBRE O BPC,
8. PAPEL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL,
9. PAPEL DO GOVERNO ESTADUAL,
10. AVALIAÇÃO DO SUAS

As tabelas originárias da pesquisa de campo seguem numeração própria, independente da numeração das tabelas dos capítulos anteriores. Assim, as tabelas contendo resultados de Beneficiários começam pela tabela B 1 e vão até B 61. As relativas a Gestores, de G 1 a G 25; as relativas aos CRAS, de C 1 a C 22. Tabelas identificadas como G-C indicam a reunião de respostas dos dois segmentos, G e C.

Nas tabelas, os resultados são apresentados por ordem de grandeza, mas os itens classificados como “Outro(s)” ou “Não sabe” vêm nas linhas inferiores. Também não

organizamos por quantidade de resultados as respostas que representam seleção ou gradação, como Sim ou Não; Excelente, Bom, Regular, Ruim, Péssimo.

Conforme descrito anteriormente, nos 21 municípios pesquisados foram entrevistados, por meio de questionários, 40 Beneficiários Idosos, 20 Gestores da pasta da Assistência Social ou pasta equivalente e 37 Profissionais dos Centros de Referência (CRAS).

4.1 Perfis dos entrevistados

4.1.1 Beneficiários

Dos 40 respondentes, 37 foram os próprios Beneficiários Idosos. Quanto à idade dos Beneficiários, houve concentração na faixa de 66 a 69 anos – 50%. O perfil básico dos beneficiários mostrou predominância de mulheres (67,5%). Como esperado, dado o recorte racial da pobreza no Brasil, 67,5% dos entrevistados são não brancos; apenas 17,5% estavam casados – entre os demais 82,5%, pequena predominância de viúvos. O resultado revela que 82,5% não vivem mais com companheiros ou companheiras, o que torna maior sua dependência da família e da assistência social.

42,5% têm no máximo um ano de estudo, enquanto 10% chegaram a estudar por oito anos, o que pode indicar uma relação entre pouco estudo e falta de emprego, resultando na chegada à velhice sem direito a aposentadoria.

Compuseram estes resultados as tabelas numeradas de B1 a B6.

B 1. Situação do Entrevistado

RESPONDENTE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
O próprio beneficiário	37	92,5
Parentes consanguíneos, cônjuges e companheiros maiores	3	7,5
Total	40	100,0

B 2. Idade do Beneficiário

IDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
63	2	5,00
65	2	5,00
66	4	10,00
67	7	17,50
68	4	10,00
69	5	12,50
70	2	5,00
72	2	5,00
74	2	5,00
75	1	2,50
76	2	5,00
77	2	5,00
79	2	5,00

80	1	2,50
93	1	2,50
NÃO INFORMADO	1	2,50
Total	40	100,00

B 3. Sexo do beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Masculino	13	32,50
Feminino	27	67,50
Total	40	100,0

B 4. Raça/Cor do Beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Branca	13	32,5
Preta	10	25,0
Parda	17	42,5
Total	40	100,0

B 5. Estado civil do beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Viúvo	14	35,0
Solteiro	10	25,0
Desquitado, divorciado ou separado judicialmente	9	22,5
Casado	7	17,5
Total	40	100,0

B 6. Escolaridade do Beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sem instrução a menos de 1 ano de estudo	17	42,5
1 a 3 anos	9	22,5
4 a 7 anos	10	25,0
8 a 10 anos	4	10,0
Total	40	100,0

Também compõem o perfil do Beneficiário as questões ligadas a trabalho e renda, demonstradas nas tabelas B 7 a B 11. 87,5% não recebem qualquer outro benefício de renda, o que indica que há dependência grande do BPC.

Das 5 pessoas que recebem benefícios além do BPC, 2 recebem o Bolsa-Família, também federal (tabela B 8). Algumas recebem algum tipo de complementação de renda da própria municipalidade, que são de fato os benefícios principais de várias localidades, como mostram os resultados para CRAS.

Um dos beneficiários declarou que ainda trabalha (tabela B 10). 8 (20%) nunca trabalharam. Entre os que já trabalharam, predominam os que tinham emprego formal, seguidos pelos trabalhadores domésticos. Porém, se recorreram ao BPC, não tinham direito a aposentadoria, o que indica que esse trabalho era informal.

Detectou-se uma razoável distribuição pelas faixas de tempo de recebimento do BPC (Tabela B 7), embora poucos, relativamente, estivessem recebendo há menos de um ano.

Possíveis ajudas⁴¹ recebidas da comunidade, da família e da vizinhança são tratadas nas tabelas do item “PROTEÇÃO SOCIAL”.

B 7. Há quanto tempo o beneficiário recebe o BPC?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Menos de 1 ano	5	12,50
1 a 2 anos	12	30,00
3 a 5 anos	10	25,00
6 a 8 anos	6	15,00
mais de 8 anos	6	15,00
Não sabe / não lembra	1	2,50
Total	40	100,00

B 8. O beneficiário recebe outros benefícios de renda?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	5	12,50
Não	35	87,50
Total	40	100,00

B 9. Quais outros benefícios de renda o beneficiário recebe?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Bolsa Família	2	33,33
Cesta Básica	2	33,33
Complementação de renda ou similar	1	16,67
Programa Agente Experiente	1	16,67
Total	6	100,00

B 10. O beneficiário exerce ou exerceu trabalho?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Exerceu mas não exerce mais	27	67,50
Não, nunca exerceu	8	20,00
Exerce, atualmente	1	2,50
Sem resposta	4	10,00
Total	40	100,00

B 11. Tipo de ocupação que exerce ou exerceu o beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Empregado	14	35,00
Trabalhador doméstico	10	25,00
Conta própria	3	7,50
Conta própria na rua	1	2,50
Sem resposta	12	30,00
Total	40	100,00

4.1.2 Gestores

Foram entrevistados os secretários de assistência social ou pasta equivalente em 20 dos 21 municípios incluídos na pesquisa. Entre as profissões das pessoas pesquisadas, vistas em separado cada uma das 12 profissões apontadas (Tabela G1), predomina a formação em Serviço Social. Na relação com o total, 30% são assistentes sociais. Nota-se também,

⁴¹ Optamos pela utilização do termo *ajuda* por conhecimento anterior de seu entendimento pelo público a ser entrevistado, em que pese sua conotação assistencialista.

conforme Tabela de resultados a seguir, que a ocupação do cargo não é restrita a pessoas com formação de nível superior.

O perfil básico, que atinge 77,8% ou mais dos gestores, é de: mulheres, brancas, com 11 anos ou mais de escolaridade declarada, idade de 40 a 60 anos e trabalhando sob regime comissionado sem vínculo, conforme demonstram as Tabelas G2, G3 e G4.

Quanto ao tempo na função (Tabela G5), 28% (5 pessoas) têm mais de 6 anos no cargo de secretário. Os demais 72% (13 pessoas) têm no máximo 3 anos e 2 meses.

G 1. Profissão do Gestor entrevistado

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Assistente Social	6	30,00
Advogada	2	10,00
Pedagoga	2	10,00
Professora	2	10,00
Comerciante	1	5,00
Desenhista	1	5,00
Enfermeira	1	5,00
Engenheira Eletrônica	1	5,00
Historiadora	1	5,00
Psicóloga	1	5,00
Secretária	1	5,00
Técnica de Análise Clínica	1	5,00
Total	20	100,00

G 2. Raça do Gestor

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Branca	14	77,80
Parda	4	22,20
Total	18	100,00

G 3. Idade do Gestor

FAIXAS DE IDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
29 - 38	4	25,00
41 - 59	10	62,50
64 - 65	2	12,50
Total	16	100,00

G 4. Tempo de gestão em meses do Gestor

MESES	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
3	1	5,00
7	2	10,00
12	2	10,00
17	1	5,00
22	1	5,00
24	3	15,00
31	1	5,00
34	1	5,00
38	1	5,00
81	1	5,00
82	1	5,00
84	1	5,00
144	1	5,00
178	1	5,00
Não informaram	2	10,00
Total	20	100,00

4.1.3. CRAS

Foram entrevistados 37 Profissionais em Centros dos 21 municípios pesquisados.

Quanto à Profissão (Tabela C 1), 59,46% dos entrevistados são assistentes sociais. Isso indica a incorporação desses profissionais de acordo com as prerrogativas da Política de Recursos Humanos, que prediz a contratação de profissionais de serviço social de acordo com o porte populacional e famílias georreferenciadas nos territórios de abrangência do CRAS. A Norma Operacional de Recursos Humanos (2006) indica também que a equipe técnica do CRAS seja formada por técnicos de acordo com o porte populacional e que o coordenador deve ter nível superior, ser concursado, com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios sócio-assistenciais. Destaca-se que todos os entrevistados têm formação de nível superior.

C 1. Profissão do Profissional entrevistado

PROFISSÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Assistente Social	22	59,46
Pedagoga	6	16,22
Psicóloga	6	16,22
Funcionária Pública (nível superior)	1	2,70
Historiadora	1	2,70
Professora de Educação Física	1	2,70
Total	37	100,00

Já quanto ao o vínculo trabalhista (Tabela C 2), só cerca de 38% são estatutários (estatutários e estatutários/comissionados), o que vai contra a Norma Operacional de Recursos Humanos (2006). 29,73% dos Profissionais de CRAS informaram que são comissionados e sem vínculo. Observa-se ainda que o número de celetistas (16,22%) e celetistas comissionados (5,41%) é expressivo, o que pode caracterizar rotatividade de recursos humanos.

O MDS orienta (2012) que toda a equipe de referência do CRAS seja composta por servidores públicos efetivos. Tal diretriz fundamenta-se na necessidade de baixa rotatividade da equipe, de modo a garantir a continuidade, eficácia e efetividade dos programas, serviços e projetos.

C 2. Vínculo trabalhista do Profissional respondente com a assistência social do município

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sem vínculo e comissionado	11	29,73
Estatutário	10	27,03
Celetista	6	16,22
Estatutário e Comissionado	4	10,81
RPA	3	8,11
Celetista e comissionado	2	5,41
Contratado	1	2,70
Total	37	100,00

Todas as entrevistadas eram mulheres (Tabela C 3), perfil conhecido da área de assistência, sendo a maioria de brancas (51,35%) e pardas (29,73%). O percentual de pretas foi de 18,92% (Tabela C 4).

C 3. Sexo do Profissional respondente

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Feminino	37	100,00

C 4. Raça/Cor do Profissional respondente

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Branca	19	51,35
Parda	11	29,73
Preta	7	18,92
Total	37	100,00

Perguntamos sobre o tempo em que as Profissionais de CRAS estavam na gestão dos equipamentos públicos de assistência social. Ao estratificarmos o tempo de serviço por períodos, obtivemos que 48,65% estavam no cargo há menos de 24 meses (2 anos) (Tabela C 5). Apesar de muitos CRAS serem recentes, isso indica uma profissionalização jovem nos equipamentos assistenciais. As respostas quanto à idade (Tabela C6) revelam idade mínima de 25 anos e concentração na faixa mais jovem.

C 5. Tempo de gestão em meses do Profissional respondente

MESES	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
1 a 24	18	48,65
25 a 48	11	29,73
49 a 96	6	16,22
120	1	2,70
Não Informou	1	2,70
Total	37	100,00

C 6. Idade do Profissional respondente

FAIXAS DE IDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
25 -39	25	67,57
42- 46	5	13,51
50-59	6	16,22
Não informou	1	2,70
Total	37	100,00

4.2 Acesso ao benefício

Na Tabela B 12, BENEFICIÁRIOS idosos apontaram problemas relacionados, principalmente, à falta de informação – as quatro respostas realçadas, relativas a informação, somam 32,5%. No entanto, 45% responderam que não tiveram dificuldades.

Os seis itens identificados por GESTORES – Excesso de burocracia, Demora na marcação, Distância das agências, Falta de orientação, Atendimento no INSS, Demora para

receber – foram os seis também mais citados nos CRAS, embora em outra ordem, indicando que GESTORES e CRAS identificam as mesmas dificuldades no acesso ao Benefício pelo Beneficiário. Somadas, as seis respostas representam 92,31% (G) e 90,59% (C), respectivamente. GESTORES e CRAS deram respostas relativas à totalidade dos Beneficiários, o que inclui tanto idosos quanto pessoas com deficiência.

Cabe destacar que, nestas perguntas, os setores governamentais estavam avaliando o funcionamento de uma instituição externa à Assistência Social e ao município (o INSS).

B 12. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não teve dificuldades	18	45,0
Demora na marcação da perícia médica	6	15,0
Não tinha informação suficiente	5	12,5
Não sabia preencher o formulário	4	10,0
Não sabia se podia pedir o benefício	3	7,5
Não sabia ir à agência	1	2,5
Outra	2	5,0
Não sabe/não lembra	1	2,5
Total	40	100,0

G 5. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - GESTORES

GESTORES	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excesso de burocracia	11	21,15
Demora na marcação	10	19,23
Distância das agências	9	17,31
Falta de orientação	9	17,31
Atendimento no INSS	6	11,54
Demora para receber	3	5,77
Não existem dificuldades	1	1,92
Outro	1	1,92
Não sabe	2	3,85
Total	52	100,00

C 7. Dificuldades dos Beneficiários para dar entrada no BPC - CRAS

CRAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Distância das agências	16	18,82
Excesso de burocracia	15	17,65
Falta de orientação	15	17,65
Atendimento no INSS	14	16,47
Demora na marcação	12	14,12
Demora para receber	5	5,88
Obtenção dos laudos médicos	2	2,35
Atraso no pagamento	1	1,18
Ausência de documentos originais	1	1,18
Dificuldade para preencher o formulário	1	1,18
Outro	1	1,18
Não sabe	2	2,35
Total	85	100,00

A divulgação do BPC e do direito a ele pelo CRAS não é muita, segundo os beneficiários idosos pesquisados. A Assistência Social, por meio da própria secretaria da área ou do CRAS, foi apontada em 17,5% das respostas com fonte de conhecimento do BPC.

Embora seja um percentual baixo, apresenta crescimento na participação do SUAS em relação a pesquisa anterior (Lobato et al, 2006⁴²).

Observa-se crescimento também da presença do governo local em relação à mesma pesquisa (op. cit.). Dos respondentes, 55% souberam do benefício por uma instituição pública.

B 13. Como o beneficiário (ou a pessoa que deu entrada no benefício em seu nome) tomou conhecimento do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Familiares, vizinhos e amigos	10	25,0
Prefeitura	10	25,0
Secretaria de assistência social ou CRAS	7	17,5
Advogado/procurador	3	7,5
Vereador/deputado	3	7,5
Outros serviços públicos	2	5,0
Agência do INSS	1	2,5
Associações comunitárias	1	2,5
Jornais e meios de comunicação de massa	1	2,5
Outros (Juizado Especial e rede pública de saúde)	2	5,0
Total	40	100,0

As secretarias ou CRAS não se destacam na **ajuda** ao beneficiário **para dar entrada no benefício** (Tabela B 14), e sua ação cai ainda mais no **acompanhamento do processo** (Tabela B 15). Todos os setores públicos somam apenas 25%. A rede primária dos familiares foi predominante, com 40%.

O resultado, ainda mais quando contrastado com a participação inicial dos CRAS na tomada de conhecimento do BPC (Tabela B 13), denota que este, quanto ao BPC, mais reage do que age, ou seja, responde à procura, mas não desenvolve estratégias de iniciativas em relação específica aos beneficiários do BPC.

A resposta “ninguém ajudou” pode indicar que o processo tenha se tornado mais simples junto ao INSS, ao menos para aqueles que preenchem os requisitos legais. Mas chama atenção a presença de advogados e procuradores nas questões relativas ao acesso. A presença importante de intermediadores, que sempre foi muito criticada pelos profissionais da assistência, não havia sido significativa na pesquisa anterior citada. A presença, agora, desse segmento no apoio aos beneficiários, pode ser pelo aumento de processos judiciais para recebimento do benefício e um indício de judicialização do BPC.

B 14. Quem ajudou o beneficiário a dar entrada no benefício?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Familiares, vizinhos e amigos	16	40,0

⁴² Cabe destacar que qualquer comparação entre resultados das duas pesquisas deve ter em conta que, em 2006, o SUAS dava seus primeiros passos. Destaque-se também que a pesquisa de 2010 foi restrita a municípios do Rio de Janeiro, enquanto a de 2006 abrangeu a região Sudeste.

Advogado/procurador	5	12,5
Secretaria de assistência ou CRAS	4	10,0
Vereador/deputado	3	7,5
Agência do INSS	2	5,0
Outros serviços públicos	2	5,0
Prefeitura	2	5,0
Outros (sindicato rural)	1	2,5
Não sabe / não lembra	1	2,5
Ninguém ajudou	4	10,0
Total	40	100,0

B 15. Quem ajudou o beneficiário a acompanhar o processo?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Familiares, vizinhos e amigos	18	45,0
Advogado/procurador	5	12,5
Vereador/deputado	3	7,5
Agência do INSS	2	5,0
Secretaria de assistência ou CRAS	2	5,0
Outros serviços públicos	1	2,5
Outros (sindicato rural)	1	2,5
Não sabe / não lembra	2	5,0
Ninguém ajudou	6	15,0
Total	40	100,0

A maioria (77,50%) não teve problema para receber o BPC (Tabela B 16), o que indica melhor funcionamento do Benefício no INSS (cujo atendimento foi bem avaliado pela maioria – Tabela B 20). Contudo, ao deparar-se com alguma dificuldade na relação com o INSS, o beneficiário não teve ou não procurou ajuda no sistema de assistência social, recorrendo à sua rede primária. Os 9 problemas apontados (Tabela B 17) referem-se ao processo em si, relativos a averiguações que o próprio processo de concessão do benefício exige. 22,5% do universo pesquisado precisaram de mais de um ano para ter o benefício aprovado, o que indica a possibilidade de recurso diante de negativa inicial.

B 16. Houve algum problema para o beneficiário começar a receber o BPC?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	9	22,50
Não	31	77,50
Total	40	100,00

B 17. Problemas para o beneficiário começar a receber o BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Demora no processo	4	44,44
Perícia social	4	44,44
Constava outro benefício que não existia	1	11,11
Total	9	100,00

B 18. Quem ajudou o beneficiário a resolver o problema?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Advogado/procurador	4	36,36
Familiares, vizinhos e amigos	2	18,18
Vereador/deputado	1	9,09
Não sabe/não lembra	1	9,09
Ninguém ajudou	3	27,27
Total	11	100,00

B 19. Tempo entre a entrada do pedido para o BPC e o recebimento da resposta com o resultado positivo

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Menos de 1 mês	4	10,0
De 1 mês a 2 meses	10	25,0
De 2 a 3 meses	7	17,5
De 4 a 6 meses	5	12,5
De 6 meses a 1 ano	4	10,0
Mais de 1 ano	9	22,5
Não sabe	1	2,5
Total	40	100,0

B 20. Opinião sobre o atendimento prestado pela agência do INSS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	5	12,5
Bom	23	57,5
Regular	6	15,0
Ruim	4	10,0
Péssimo	1	2,5
Não respondeu/Não sabe informar	1	2,5
Total	40	100,0

4.3 Participação comunitária

Dezenove idosos (47,5%) não frequentam grupos, enquanto 21 frequentam (Tabela B 21). Predomina a participação religiosa e em grupos de idosos (Tabela B 22), não tendo sido especificado se estes grupos são vinculados à rede da Assistência.

B 21. O beneficiário frequenta alguma associação ou grupo em sua comunidade/bairro?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	21	52,5
Não	19	47,5
Total	40	100,0

B 22. Quais associações ou grupos o beneficiário frequenta em sua comunidade/bairro?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Grupo religiosos	11	45,83
Grupos de idosos	5	20,83
Outras associações (ou ONGs)	6	25,00
Outros	2	8,33
Total	24	100,00

Em outra pergunta, os 21 que responderam “sim” à pergunta da Tabela B 21 foram questionados sobre a importância desta participação, e todos responderam que era “muito importante”.

Dos 19 que declararam não frequentar, a maior parte (57,89%) não pretende mesmo fazê-lo (Tabela B 23).

B 23. Gostaria de frequentar uma dessas associações ou grupos em sua comunidade/bairro?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	6	31,58
Não	11	57,89
Não sabe	2	10,53
Total	19	100,00

Diversos motivos foram apontados para não frequentarem estas reuniões. Destes, dificuldades na locomoção e distância somam 34,79% (Tabela B 24), o que faz retornar a questão da necessidade de existência de serviços de outra natureza além da assistencial, e de integração entre serviços de tipos diversos, para que o funcionamento de uma rede de seguridade torne efetivo o benefício de renda.

B 24. Por que não frequenta uma dessas associações ou grupos em sua comunidade/bairro?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Tem dificuldades na locomoção	6	26,09
Não sabe como participar	3	13,04
A associação ou grupo é muito distante de casa	2	8,70
Não deseja	2	8,70
Não conhece nenhuma associação ou grupo	1	4,35
Dinheiro é pouco e ajuda a família	1	4,35
Idade	1	4,35
Mora de favor	1	4,35
Não existe	1	4,35
Problemas de saúde	1	4,35
Não sabe	4	17,39
Total	23	100,00

4.4 Proteção Social**4.4.1 Comunidade, família e vizinhança - respostas de Beneficiários**

No relacionamento social do Beneficiário, seu apoiador principal é a Família, da qual 60% dos Beneficiários entrevistados recebe ajuda ou apoio. Da Comunidade ou Bairro e da Vizinhança, a maioria declarou não receber ajuda (Tabela B 25).

B 25. Recebe algum tipo de apoio/ajuda de associação/grupo da sua Comunidade, Família e Vizinhança?

	COMUNIDADE		FAMÍLIA		VIZINHANÇA	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	11	27,5	24	60,0	8	20,0
Não	28	70,0	16	40,0	32	80,0
Sem resposta	1	2,5	0	0	0	0
Total	40	100,0	40	100	40	100

Quanto ao tipo de apoio recebido, Família e Vizinhaça concentram um tipo de apoio para atividades antes individuais, que a idade avançada torna difíceis, enquanto a Comunidade atua nas questões de sobrevivência ou que dependem de prestação de serviços de terceiros, conforme tabelas B 26, B 27 e B 28.

Os itens “companhia”, “locomoção para o tratamento de saúde”, “serviços domésticos” e “resolução de problemas de administração do cotidiano” foram os mais citados em Família e Vizinhaça. Em Família também aparecem ajuda financeira, ajuda para asseio e higiene pessoal e ajuda para moradia. O tipo de apoio da comunidade concentrou-se no recebimento de alimentos, assistência médica e medicamentos, necessidades identificadas pelos Beneficiários que não fazem parte dos serviços da Assistência Social brasileira e que vêm a ser atendidas por outros serviços públicos ou filantrópicos.

B 26. Ajuda recebida de associação/grupo da sua comunidade/bairro pelo beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Recebe alimentos	8	36,36
Recebe assistência médica (consultas, fisioterapia, exames)	4	18,18
Recebe medicamentos	3	13,64
Participa de atividades educacionais e recreativas	2	9,09
Recebe apoio espiritual	2	9,09
Recebe apoio psicológico	1	4,55
Recebe artigos de uso pessoal	1	4,55
Programa Agente Experiente	1	4,55
Total	22	100,00

B 27. Apoio recebido da família pelo beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Locomoção para o tratamento de saúde	8	20,00
Serviços domésticos	8	20,00
Companhia	7	17,50
Resolução de problemas de administração do cotidiano	7	17,50
Financeiro	5	12,50
Assseio e higiene pessoal	4	10,00
Moradia	1	2,50
Total	40	100,00

B 28. Apoio recebido da vizinhaça pelo beneficiário

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Companhia	5	31,25
Resolução de problemas de administração do cotidiano	4	25,00
Serviços domésticos	3	18,75
Locomoção para o tratamento de saúde	2	12,50
Outros (não especificados)	2	12,50
Total	16	100,00

Os Beneficiários não identificaram mudança no apoio recebido pela vizinhaça após agregarem o Benefício, numa pergunta que teve apenas 9 respondentes (Tabela B 29).

B 29. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança no apoio recebido de seus vizinhos?		
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não	8	20,00
Não sabe	1	2,50
Não responderam	31	77,50
Total	40	100,00

Quanto à família, 4 em 40 identificaram mudanças (Tabela B 30), e 40% não responderam. As mudanças percebidas estão expressas na Tabela B 31.

B 30. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança no apoio recebido dos familiares?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	4	10,00
Não	20	50,00
Sem resposta	16	40,00
Total	40	100,00

B 31. Mudanças percebidas, após o recebimento do BPC, no apoio recebido dos familiares

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Família deixou de prestar ajuda	1	25,00
Agregou novos membros	1	25,00
Pôde apoiar mais os filhos	1	25,00
Não especificou	1	25,00
Total	4	100,00

4.4.2 Rede de serviços e benefícios

A) Identificação dos serviços por BENEFICIÁRIOS

O CRAS é utilizado por 27,50% dos entrevistados, enquanto 55% deles utilizam serviços de saúde (Tabela B32).

Foge ao alcance desta pesquisa a explicação para o fato de 70% dos respondentes terem dito que não precisam de outros serviços públicos (Tabela B33), que pode indicar alguma falha na formulação da pergunta ou no seu entendimento.

B 32. Que serviços públicos o beneficiário usa?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Unidade de saúde	22	55,00
CRAS	11	27,50
Escola	4	10,00
Outros Serviços (Grupo de Idosos, ONG e Transporte)	2	5,00
Não usa nenhum serviço	1	2,50
Total	40	100,00

B 33. Quais serviços públicos o beneficiário precisaria usar o não usa?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não precisa	28	70,0
Unidade de saúde	4	10,0

Escola	2	5,0
Outros Serviços (Lazer e Esporte [4] e Transporte [2])	6	15,0
Total	40	100,0

Destaque-se a repetição das respostas “dificuldade de locomoção” e “distância” como empecilhos (B 34). Os mesmos itens tinham sido citados pelos Beneficiários como motivos para que associações comunitárias não fossem frequentadas. A conformação geográfica dos municípios, muitos deles de grande extensão, surge como elemento importante a dificultar o acesso de beneficiários, o que pode ser corrigido com a ampliação da rede de atendimento e um serviço de transportes mais abrangente.

B 34. Por que o beneficiário não usa os serviços públicos assinalados?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Tem dificuldade de locomoção para chegar ao serviço	3	7,5
O serviço é longe de casa	2	5,0
Não conhece o serviço	2	5,0
Não existe serviço	2	5,0
A visão não é boa	1	2,5
O serviço demora a atender	1	2,5
Não conseguiu vaga	1	2,5
Não foi chamado	1	2,5
Outro motivo	3	7,5
Não sabe	3	7,5
Sem resposta	21	52,5
Total	40	100,00

B) Identificação dos serviços por GESTORES e CRAS

A partir das listagens feitas pelos respondentes GESTORES e CRAS, os resultados guardam proporcionalidade diante do amplo predomínio da oferta pública de serviços para idosos, com índices de 83,67% e 95,45%.

C 8. Existência de serviços dirigidos a idosos ou pcd

CRAS	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, idosos e pcd	7	18,92
Sim, somente idosos	21	56,76
Não, nem idosos nem pcd	9	24,32
Total	36	100,0

G-C 1. Tipo dos serviços oferecidos pelos CRAS ao segmento Idoso

	FREQUÊNCIA			PERCENTUAL		
	PRIVADO	PÚBLICO	TOTAL	PRIVADO	PÚBLICO	TOTAL
GESTORES	8	41	49	16,33	83,67	100,00
CRAS	2	42	44	4,55	95,45	100,00

As questões seguintes (G-C 2 e G 6) medem a cobertura e a utilização de recursos para Beneficiários do BPC, porém não distinguem entre IDOSOS e PESSOAS COM

DEFICIÊNCIA. Os resultados indicam presença da Assistência Social, o que significa que há serviços para esses segmentos, mas não necessariamente por uma atuação voltada a eles enquanto beneficiários do BPC, mas enquanto setores normalmente atendidos pelo SUAS.

G-C 2. Existência de cobertura para beneficiários do BPC nos serviços para idosos e pcd em geral

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	76	96,20	42	85,70
Não	3	3,80	7	14,30
Total	79	100,00	49	100,00

G 6. Utilização de recursos da Assistência Social pelos serviços para idosos e pcd em geral

	GESTORES	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	58	73,40
Não	21	26,60
Total	79	100,00

C) Avaliação dos serviços por BENEFICIÁRIOS

Quanto à qualidade dos principais serviços indicados pelos próprios Beneficiários (Tabela B 35), os serviços prestados pelas Unidades de Saúde são avaliadas como Bons por 55% das respostas; nos CRAS também predomina a resposta “Bom”, com 32,50%, porém a maioria não avaliou (55%) (Tabelas B 41 e B 42).

B 35. Opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelas Unidades de Saúde

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	3	7,5
Bom	22	55,0
Regular	6	15,0
Péssimo	3	7,5
Sem resposta	6	15,0
	40	100,0

B 36. Opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelos CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	5	12,5
Bom	13	32,5
Sem resposta	22	55,0
	40	100,0

Nas respostas das Tabelas B 43 a B 44, chama a atenção a grande quantidade de idosos que desconhece a existência de serviços prestados pela rede. Esta constatação é evidenciada pelos altos percentuais de perguntas com respostas “Não” ou “Não sabe”, ou não respondidas.

B 37. Nos serviços públicos de sua comunidade existe algum tipo de apoio para idoso?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	12	30,0
Não	13	32,5

Não sabe	11	27,5
Sem resposta	4	10,0
Total	40	100,0

B 38. Nome dos serviços públicos de sua comunidade para apoio ao idoso

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não	4	10,0
Não sabe	7	17,5
Sem resposta	29	72,5
Total	40	100,0

B 39. O beneficiário usa ou já usou os serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	10	25,0
Não	2	5,0
Sem resposta	28	70,0
Total	40	100,0

B 40. Opinião sobre a qualidade dos serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	6	15,0
Bom	4	10,0
Sem resposta	30	75,0
Total	40	100,0

B 41. Por que não usa os serviços públicos de sua comunidade para apoio a pessoas idosas?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Evitar incômodo da família	1	2,5
Não sabe	1	2,5
Sem resposta	38	95,0
Total	40	100,0

B 42. Existe alguma necessidade do beneficiário que não é atendida pelos serviços públicos?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	17	42,5
Não	20	50,0
Não sabe	3	7,5
Total	40	100,0

B 43. Necessidades do beneficiário que não são atendidas pelos serviços públicos

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Medicamentos	9	22,5
Transporte para locomoção	9	22,5
Ajuda para locomoção	4	10,0
Artigos de higiene e uso pessoal	4	10,0
Escola para beneficiário	3	7,5
Tratamento psicológico	3	7,5
Alimentação especial	2	5,0
Equipamentos para acessibilidade em casa	2	5,0
Órteses e próteses	2	5,0
Esporte, recreação e lazer	1	2,5
Outra (Saúde e Saneamento na casa)	1	2,5
Total	40	100,0

B 44. Atividades cotidianas que o beneficiário considera difíceis

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Morar sozinho	5	12,50
Sair à rua	5	12,50

Ir ao médico	4	10,00
Tomar banho	4	10,00
Dormir sozinho à noite	3	7,50
Realizar as tarefas de casa	3	7,50
Tomar remédios	3	7,50
Alimentar-se	2	5,00
Caminhar dentro de casa	2	5,00
Utilizar banheiro	2	5,00
Fazer compras e pagamentos	1	2,50
Ficar sozinho durante o dia	1	2,50
Outras (transporte [2] e saúde [1])	3	7,50
Não sabe	2	5,00
Total	40	100,00

A idade aproxima as necessidades do idoso às do público com deficiência, que devem, em certa medida, serem pensados conjuntamente quanto a certo tipo de necessidades. Por costume, esta ajuda extra, física e psicológica, da qual necessitam parcelas da população, é provida pela rede primária, majoritariamente a família. Esse tipo de serviço, que existe em outros países, não é previsto na configuração assistencial brasileira. No Reino Unido, é conhecido como social care (cuidador social), um tipo de carreira paralela à do social work (trabalhador social), e cobre “a broad age range of people, including the elderly, disabled individuals, people requiring mental health services, individuals with learning disabilities, children, families and young people” (em <<http://nisw.org.uk/socialcare/>>).

B 45. Opinião sobre como melhorar a situação dos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Investir em serviços de transporte	5	12,50
Aumentar o benefício	4	10,00
Ampliar os serviços públicos para idosos	3	7,50
Muitas coisas que os políticos ou a prefeitura deveriam fazer e não fazem	2	5,00
Pavimentação e saneamento básico	2	5,00
Prioridade nos atendimentos	2	5,00
Atender a população de baixa renda e isenção de taxas	1	2,50
Cesta básica	1	2,50
Complementação de renda	1	2,50
Fisioterapia	1	2,50
Mais caixas eletrônicos	1	2,50
Medicamentos acessíveis	1	2,50
Melhorar as filas dos bancos	1	2,50
Núcleo de apoio aos beneficiários, familiares e cuidadores	1	2,50
Pagar o décimo terceiro	1	2,50
Serviços de próteses	1	2,50
Ter esporte para idosos	1	2,50
Nada	3	7,50
Não sabe	8	20,00
Total	40	100,00

D) Avaliação dos serviços por GESTORES e CRAS

A avaliação da qualidade dos serviços existentes indicados tende a ser melhor entre os Gestores, que os qualificam como de *Excelente* para *Bom*. No CRAS, predomina a avaliação *Bom*, conceito pelo qual também foram avaliados os serviços, de modo geral, pela maioria dos Beneficiários.

G-C 3. Avaliação dos serviços

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	39	50,0	13	25,00
Bom	34	43,6	34	65,40
Regular	4	5,1	5	9,60
Ruim	1	1,3	0	0
Total	78	100,0	52	100,00

Quanto a serviços que deveriam ser criados, GESTORES e CRAS concentraram suas opiniões não na indicação de serviços propriamente, mas em ressaltar o papel do SUAS (CRAS e CREAS) na oferta de serviços assistenciais. Parte das respostas afirma que não há necessidade de novos serviços, o que destoia da maioria e do que responderam os BENEFICIÁRIOS.

Interessa destacar que os GESTORES focaram, também, a oferta de serviços via CRAS e CREAS, indicando ação da assistência através do SUAS.

G 7. Serviços que a secretaria de assistência social deveria criar para beneficiários do BPC segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Abertura de novos CRAS para ampliar serviços	12	34,29
Ampliar e aprimorar os serviços dos CRAS	4	11,43
Centro-Dia para o idoso	2	5,71
Trabalhos em rede/intersectoriais com as demais políticas	2	5,71
Estruturar as visitas domiciliares em conjunto com outras políticas públicas	1	2,86
Atendimentos ambulatoriais específicos para deficientes (fonoaudióloga, psicóloga)	1	2,86
Adequação do Programa BPC na Escola	1	2,86
Ampliação dos grupos de convivência	1	2,86
Captar os usuários para que possam participar da gestão apontando suas demandas	1	2,86
Centro de Informação	1	2,86
Construção de CREAS	1	2,86
Fortalecimento das unidades de apoio assistencial a famílias e pessoas com deficiência psicossocial	1	2,86
Implementação do atendimento para beneficiários acamados	1	2,86
Maior cobertura de beneficiários	1	2,86
Não são necessários novos serviços de assistência social	5	14,29
Total	35	100,00

C 9. Serviços que a secretaria de assistência deveria criar para beneficiários do BPC segundo CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Centros de convivência para idosos e pessoas com deficiência	9	27,27
A secretaria não deveria criar serviços para beneficiários do BPC	6	18,18
Realizar pesquisa para verificar as demandas	4	12,12
Acompanhamento sistemático das famílias	3	9,09
Disponibilidade de profissionais para atendimento domiciliar	3	9,09
Oficinas para qualificação profissional	3	9,09

Acessibilidade	2	6,06
Não há necessidade de criar serviços, basta executar o previsto na tipificação	2	6,06
A SMAS já atende esse público através dos serviços de convivência e do CAD UNICO	1	3,03
Total	33	100,00

G 8. Dificuldades Técnicas da prefeitura para desenvolver serviços específicos para beneficiários do BPC segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Articulação com as políticas setoriais e a rede (trabalho intersetorial)	2	40,00
A rede de atendimento municipal deve ser ampliada	1	20,00
Dificuldades de ações conjuntas entre INSS e as políticas públicas	1	20,00
Falta de parcerias	1	20,00
Total	5	100,0

G 9. Dificuldades Políticas da prefeitura para desenvolver serviços específicos para os beneficiários do BPC segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Articulação dos serviços nas diferentes pastas	2	66,66
Implementação de políticas públicas específicas para idosos e pessoas com deficiência	1	33,33
Total	3	100,00

G 10. Ações/Serviços próprios da assistência que deveriam ser criados segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Abertura de novos CRAS para ampliar serviços	12	34,29
Ampliar e aprimorar os serviços dos CRAS	4	11,43
Centro-Dia para o idoso	2	5,71
Trabalhos em rede/intersetoriais com as demais políticas	2	5,71
Estruturar as visitas domiciliares em conjunto com outras políticas públicas	1	2,86
Atendimentos ambulatoriais específicos para deficientes (fonoaudióloga, psicóloga)	1	2,86
Adequação do Programa BPC na Escola	1	2,86
Ampliação dos grupos de convivência	1	2,86
Captar os usuários para que possam participar da gestão apontando suas demandas	1	2,86
Centro de Informação	1	2,86
Construção de CREAS	1	2,86
Fortalecimento das unidades de apoio assistencial às famílias e pessoas com deficiência psicossocial	1	2,86
Implementação do atendimento para beneficiários acamados	1	2,86
Maior cobertura de beneficiários	1	2,86
Não são necessários novos serviços de assistência social	5	14,29
Total	35	100,00

Gestores de apenas 7 municípios informaram já existirem parcerias formais com outros municípios para implementar serviços para idosos e pcd, embora todos os 17 entrevistados tenham considerado importante fazê-lo (Tabelas G 8 e G 9). E apontaram as dificuldades para que isso ocorra (G 10).

G 11. Existência de Parcerias formais da secretaria de assistência com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, idosos e pcd	4	21,1
Sim, somente idosos	2	10,5
Sim, somente pcd	1	5,3
Não	12	63,2
Total	19	100,0

G 12. Importância para a secretaria de assistência de desenvolver parcerias formais com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd, segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, é importante	17	100,0

De acordo com os GESTORES, as maiores dificuldades para a efetivação de parcerias são orçamentárias, falta de recursos humanos e questões políticas. A questão merece destaque, pois, além da intersetorialidade, a política de assistência precisa de integração regional especialmente sabendo-se que a maioria dos municípios são pequenos e precisam de serviços de municípios próximos.

G 13. Dificuldades para realizar essas parcerias formais com outros municípios para implementar serviços para idosos e pcd segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Restrições Orçamentárias	7	33,33
Falta de Recursos humanos	5	23,81
Dificuldades Políticas	4	19,05
Dificuldades Técnicas	2	9,52
Outras dificuldades institucionais	3	14,29
Total	21	100,00

G 14. Dificuldades Técnicas da secretaria de assistência para realizar parcerias formais com outros municípios para implementar serviços de atendimento a idosos e pcd segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Falta de serviços da rede nos municípios	1	50,00
Problemas com os gestores para um acordo comum	1	50,00
Total	2	100,00

G 15. Dificuldades Políticas da secretaria de assistência para realizar parcerias formais com outros municípios para implementar serviços a idosos e pcd segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
A questão partidária inviabiliza possíveis acordos entre as gestões federal, estadual e municipal	1	25,00
Divergências político-partidárias	1	25,00
Falta vontade política em outros municípios	1	25,00
Política partidária como herança da gestão anterior	1	25,00
Total	4	100,00

Procurou-se identificar se os CRAS têm serviços/benefícios específicos para idosos: 55,76% dos CRAS oferecem serviços para idosos. O número ainda é baixo, se considerarmos que a proteção básica prevê nos CRAS a criação de Serviço de Convivência e Socialização, destinado a IDOSOS e a PCD. No direcionamento desse serviço devem-se oferecer atividades de socialização, convivência e trabalho político pedagógico, com a finalidade de fortalecer a cultura do direito, as relações familiares e sociais, a prevenção de violações e a participação social.

No que toca à distribuição dos serviços quanto ao tipo, público ou privado (Tabelas G-C 4 e G-C 5), constata-se que a grande maioria dos serviços indicados são públicos: 85,60% e 88,76 de acordo coma relação, respectivamente, de GESTORES E CRAS.

Os benefícios que representam complementação de serviços e aumentam a seguridade social do beneficiário do BPC são predominantemente oferecidos pelo setor público, mesmo naqueles benefícios que envolvem basicamente mão-de-obra.

Isso ocorre na totalidade dos benefícios de complementação de renda e geração de renda; equipamento para acessibilidade em casa; transporte para locomoção; apoio com pessoal para ajuda na locomoção.

Nos quatro tipos de benefícios que envolvem apoio com pessoal, também com predomínio do público ou divisão por igual público/privado, ressalta uma oferta de serviços em domicílio bem pequena, como se não fizesse parte da prática assistencial. Os recursos privados apenas excedem os públicos no item órteses e próteses - GESTORES, com 52,94% do total.

G-C 4. Benefícios existentes para Beneficiários do BPC - Frequências

BENEFÍCIO	GESTORES		CRAS	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
Alimentação especial	-	-	17	0
Apoio com pessoal para ajuda em casa nas tarefas domésticas	2	1	2	0
Apoio com pessoal para ajuda na locomoção	5	0	6	0
Apoio com pessoal para companhia em casa	1	1	2	0
Apoio com pessoal para resolução de problemas do dia a dia	1	1	2	0
Artigos de higiene e uso pessoal	10	1	13	3
Atividades de esporte, recreação e lazer	11	2	19	3
Cadeiras de rodas e outros equipamentos para locomoção	14	3	21	7
Complementação de renda	10	0	14	0
Equipamentos para acessibilidade em casa	8	0	6	2
Órteses e Próteses	8	9	16	2
Projetos de geração de renda	23	0	20	2
Transporte para locomoção	14	0	12	0
Totais	107	18	150	19

G-C 5. Benefícios existentes para Beneficiários do BPC - Percentuais

BENEFÍCIO	GESTORES		CRAS	
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO
Alimentação especial	-	-	100,00%	0,00%
Apoio com pessoal para ajuda em casa nas tarefas domésticas	66,67%	33,33%	100,00%	0,00%
Apoio com pessoal para ajuda na locomoção	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Apoio com pessoal para companhia em casa	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%
Apoio com pessoal para resolução de problemas do dia a dia	50,00%	50,00%	100,00%	0,00%
Artigos de higiene e uso pessoal	90,91%	9,09%	81,25%	18,75%
Atividades de esporte, recreação e lazer	84,62%	15,38%	86,36%	13,64%
Cadeiras de rodas e outros equipamentos para locomoção	82,35%	17,65%	75,00%	25,00%
Complementação de renda	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Equipamentos para acessibilidade em casa	100,00%	0,00%	75,00%	25,00%
Órteses e Próteses	47,06%	52,94%	88,89%	11,11%
Projetos de geração de renda	100,00%	0,00%	90,91%	9,09%
Transporte para locomoção	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Totais	85,60%	14,40%	88,76%	11,24%

4.5 Assistência Social e SUAS

4.5.1 Revisão do BPC

87,5% dos beneficiários não passou por revisão do BPC (Tabela B 46). Na Tabela B 7 (perfil de renda dos beneficiários), 42,5% dos Beneficiários tinham indicado receber o BPC há menos de 3 anos. Portanto, 34 (ou 35, pois um respondeu que não lembrava há quanto tempo recebia o benefício) beneficiários poderiam, legalmente, ter passado por revisão. Isso confirma o que já era voz corrente entre operadores do sistema, que davam conta de que a revisão não vinha acontecendo. Os cinco visitados informaram que a revisão não provocou mudança (B 47).

Nas entrevistas realizadas pelo grupo de pesquisa em 2013, com gestores do INSS e do MDS, estes informaram que o processo de revisão domiciliar revelou-se de difícil execução e não foi mais exigido, e que o INSS e o MDS estão finalizando um sistema que aproveita a organização de dados já existente para implantar um novo modelo de revisão, também bienal, que partirá do cruzamento de dados.

B 46. O beneficiário já passou por alguma revisão do BPC?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	5	12,50
Não	35	87,50
Total	40	100,00

B 47. Alguma coisa mudou para o beneficiário depois da revisão do BPC?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não	5	12,50
Sem resposta	35	87,50
Total	40	100,00

O total de beneficiários idosos visitados por qualquer motivo representou um índice de 55% (Tabela B 48), contra 42,5% que sabem não terem sido visitados. Cinco respondentes (12,5%) confirmaram ter sido visitados para revisão do Benefício (Tabela B 49). Nenhuma das demais visitas, segundo as respostas de beneficiários, teve ligação com o BPC. Acreditamos que isso indica que o BPC não está na agenda dos municípios, embora seus beneficiários sejam atingidos pela Assistência Social pela condição de vulnerabilidade, a mesma que os torna elegíveis ao recebimento do BPC.

Este resultado choca-se com a informação de que a assistência social municipal utilizada o próprio cadastro do BPC na conformação de sua ação.

B 48. O beneficiário já recebeu a visita de um assistente social em casa?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	22	55,00
Não	17	42,50
Não sabe	1	2,50
Total	40	100,00

B 49. Qual era o objetivo da visita da/o assistente social?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Saber das necessidades do beneficiário	13	32,50
Cadastro para programas sociais e serviços públicos	6	15,00
Fazer revisão do benefício	5	12,50
Para participar de atividade social (passeios e encontros)	1	2,50
Para preencher um papel que ele não sabe o que é	1	2,50
Não sabe	2	5,00
Não responderam	12	30,00
Total	40	100,00

As tabelas seguintes dão conta de que 11 pessoas detectaram mudanças após a visita de um assistente social, e 11 não detectaram mudança alguma.

B 50. Alguma coisa mudou depois da visita de um assistente social que o beneficiário recebeu em casa?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	11	27,5
Não	11	27,5
Sem resposta	18	45,0
Total	40	100,0

B 51. O que mudou depois da visita de um assistente social que o beneficiário recebeu em casa?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Passou a ser atendido pelo CRAS	5	12,50
Recebeu o benefício	2	5,00
Recebeu outro benefício da prefeitura	2	5,00
Recebeu complementação de renda	1	2,50
Passou a ser atendido por outros serviços	1	2,50
Outro	3	7,50
Sem resposta	26	65,00
Total	40	100,00

4.5.2 SUAS

Aparece como resultado positivo que 77,50% dos Beneficiários conhecem ou já ouviram falar no CRAS (Tabela B 47), sendo que 40% (Tabela B 48) através da própria rede primária, e 32,5% (soma das linhas realçadas) através da prefeitura ou assistência social.

B 52. O beneficiário conhece ou já ouviu falar do CRAS?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	31	77,50
Não	8	20,00
Não sabe	1	2,50
Total	40	100,00

B 53. Como o beneficiário conheceu ou soube do CRAS?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Por familiares, vizinhos ou amigos	16	40,00
Pela visita em casa de um assistente social	7	17,50
Por indicação da prefeitura	3	7,50
Por conta própria	3	7,50
Secretaria de Assistência Social e rede socioassistencial	3	7,50
Por indicação do serviço de saúde	1	2,50
Por indicação de vereadores/políticos	1	2,50
Sem resposta	6	15,00
	40	100,00

Metade (50%) dos respondentes frequentam ou já frequentaram o CRAS (Tabela B 54). Destes, 37,5% com intenção de participar de alguma atividade (oficina de capacitação, grupo de apoio ou atividade recreativa); 27,5% para resolver alguma necessidade; e 27,5% para receber algum tipo de benefício.

Na avaliação deste atendimento (B 55), metade não respondeu. Dos demais 20 respondentes, 13 consideraram o atendimento Bom, e 7, Excelente.

B 54. O beneficiário frequenta ou já frequentou o CRAS?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	20	50,0
Não	11	27,5
Sem resposta	9	22,5
Total	40	100,0

B 55. Para que o beneficiário frequenta ou já frequentou o CRAS?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Para procurar ajuda para alguma necessidade	11	27,5
Para receber algum benefício	11	27,5
Para frequentar oficina de capacitação	8	20,0
Para frequentar grupo de apoio	4	10,0
Para frequentar atividade recreativa	3	7,5
Não sabe	1	2,5
Sem resposta	2	5,0
Total	40	100,0

B 56. Opinião do beneficiário sobre o atendimento do CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	7	17,5
Bom	13	32,5
Sem resposta	20	50,0
Total	40	100,0

4.6 Percepção sobre o BPC

A institucionalização da assistência social enquanto política pública é um trabalho a ser mais desenvolvido pelo SUAS. A Tabela B 57 indica que 40% dos beneficiários ainda entendem o BPC como uma ajuda – embora o identifiquem como um benefício do poder público.

B 57. O beneficiário (ou seu representante) considera que o BPC é:

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Um direito dos idosos e de pessoas com deficiência	23	57,5
Uma ajuda do poder público	16	40,0
Sem resposta	1	2,5
Total	40	100,0

Apenas 6,82% dos Beneficiários consideram que o recebimento do BPC não causou mudanças em suas vidas, descritas na Tabela B 58. Foram apontadas mudanças principalmente nas condições objetivas de vida. Mesmo assim, na pergunta seguinte (Tabela B 59), uma minoria de 25% considera que o BPC teve algum impacto no respeito de outros.

B 58. Mudanças ocorridas na vida dos beneficiários após recebimento do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Permitiu a compra de medicamentos	11	25
Melhorou a qualidade de vida e a autoestima	8	18,18
Adquiriu bens	5	11,36
Melhorou as condições de moradia	5	11,36
Não houve mudança	3	6,82
Permitiu acesso a serviços de atendimento médicos e outros	2	4,55
Alimentação	2	4,55
Paga as despesas da casa	1	2,27
Tudo	1	2,27
Outros	6	13,64
Total	44	100,00

B 59. Houve mudança no respeito das pessoas em geral após recebimento do BPC?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Não, sinto que recebo o mesmo tipo de tratamento que recebia	23	57,50
Sim, hoje sou mais respeitado pelas pessoas	10	25,00
Não, as pessoas em geral não sabem que recebo o benefício	4	10,00
Não, acho que as pessoas não têm respeito por mim	1	2,50
Não sabe informar	2	5,00
Total	40	100,00

As mudanças possibilitadas pelo benefício refletiram-se na conquista de mais autonomia pelos Beneficiários: 87,50% consideram que têm mais facilidade em tomar decisões (Tabela B 60).

B 60. Depois do BPC, ficou mais fácil tomar decisões no dia-a-dia?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	35	87,50
Não	4	10,00
Não sabe	1	2,50
Total	40	100,00

Um percentual de 72,50% dos entrevistados considerou insuficiente o valor do benefício (B 61).

B 61. Considera o valor do benefício suficiente para suprir as necessidades do beneficiário?

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	11	27,5
Não	29	72,5
Total	40	100,0

4.7 Gestão da informação sobre o BPC

GESTORES e CRAS foram consultados sobre as metodologias utilizadas para avaliar necessidades dos Beneficiários do BPC, o que nos fornece indicações sobre a utilização ou não do SUAS enquanto sistema integrado de informação pela Assistência Social dos municípios pesquisados, de forma a interferir na proteção social e na seguridade dos idosos beneficiários do BPC.

As Tabelas G-C 6 e G-C 7 dão conta de um alto percentual de utilização das informações sobre o BPC e do CADÚNICO na identificação de necessidades dos beneficiários do BPC. Segundo os CRAS (Tabela C 10), isso ocorre principalmente por meio de visitas domiciliares e entrevistas.

A utilização do CADÚNICO para acompanhamento do BPC não é obrigatória, e sua utilização mesmo assim mostra a importância do Cadastro na política de assistência. Esta informação pode revelar que os municípios, embora usem o cadastro do BPC no planejamento, não gera com isso ações diretas voltadas a esses beneficiários.

G-C 6. Utilização das informações sobre o BPC para identificar necessidades de idosos e pcd

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	16	80,00	25	67,57
Não	4	20,00	10	27,03
Não sabe	0	0	2	5,40
Total	20	100,00	37	100,00

G-C 7. Utilização das informações do CadUnico para identificar necessidades de idoso e pcd

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	16	80,00	30	81,80
Não	4	20,00	7	18,92
Total	20	100,00	37	100,00

Poucos GESTORES e Profissionais de CRAS opinaram sobre a existência de mecanismos de avaliação do BPC na assistência do município. Os mais utilizados são as ferramentas usuais do sistema CRAS-CREAS (G 16 e C 10).

G 16. Mecanismos de avaliação/accompanhamento do BPC existentes na secretaria de assistência segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Acompanhamento dos beneficiários pela equipe técnica dos CRAS	1	12,50
Cadastramento e Acompanhamento	1	12,50

Depende de financiamento do governo estadual	1	12,50
Plano de Inserção e acompanhamento dos beneficiários do BPC	1	12,50
Ficha de atendimento social	1	12,50
Reuniões socioeducativas através dos CRAS	1	12,50
Revisão da LOAS	1	12,50
Não indicado	1	12,50
Total	8	100,00

C 10. Mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC existentes no CRAS segundo CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Visitas domiciliares	8	50,00
Entrevistas	3	18,75
Programas e benefícios sociais	2	12,50
Grupo de Acompanhamento de idosos	1	6,25
Levantamento socioeconômico	1	6,25
Planejamento do município	1	6,25
Total	16	100,00

Menos da metade dos GESTORES e Profissionais de CRAS dispuseram-se a avaliar os mecanismos de avaliação e acompanhamento do BPC, considerado por estes como parcialmente satisfatórios. Um conjunto de apenas 7 Gestores respondeu à questão, o que prejudica a avaliação destas respostas – a maioria de 57,10% (que respondeu parcialmente satisfatório) representa uma diferença de somente duas pessoas em relação às que classificaram os mecanismos existentes como Plenamente satisfatórios. Predomina também nos CRAS a noção de que os mecanismos de avaliação/acompanhamento existentes são apenas parcialmente satisfatórios, resposta escolhida por 73,30% dos Profissionais que lidam diretamente com esse acompanhamento (Tabela G-C 8).

G-C 8. Conceito do respondente sobre os mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Plenamente satisfatório	2	28,60	2	13,30
Parcialmente satisfatório	4	57,10	11	73,30
Não sabe	1	14,30	2	13,30
Total	7	100,00	15	100,00

4.8 Papel da Assistência Social no BPC

4.8.1 Papel da secretaria de assistência social

Procurou-se identificar se GESTORES e Profissionais de CRAS identificam algum papel da secretaria de assistência em relação ao BPCO. Acompanhamento, busca ativa e garantia de acesso a direitos apareceram nos dois segmentos com destaque.

Entre GESTORES, 64% indicaram busca ativa, acompanhamento e inserção nos serviços (Tabela G 17).

G 17. Papel da secretaria de assistência em relação ao BPC segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Busca ativa e acompanhamento dos usuários e inserção nos serviços	16	64,00
Garantir o acesso dos beneficiários	3	12,00
Maior articulação da rede socioassistencial pública e privada	1	4,00
Cumprir as prerrogativas do SUAS	4	16,00
Sem resposta	1	4,00
Total	25	100,00

Profissionais dos CRAS (C 11) indicaram que esse papel é de criar ações de acolhimento, busca ativa e orientação e encaminhamentos para outras políticas (26,19%), seguido de acompanhamento (19,05%) e garantia de acesso a direitos (19,05%). Essas indicações confirmam um razoável conhecimento dos parâmetros da política de assistência.

C 11. Papel da secretaria de assistência em relação ao BPC segundo CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Ações de acolhimento, busca ativa, orientação e encaminhamento p/ outras políticas	11	26,19
Acompanhamento dos beneficiários/usuários	8	19,05
Garantir acesso aos direitos	8	19,05
Acompanhamento familiar	4	9,52
Divulgação e informação sobre o município	4	9,52
Implementar os serviços para beneficiários previstos no Suas	4	9,52
Infraestrutura	3	7,14
Total	42	100,00

Procurou-se também identificar o desempenho das secretarias de assistência social em relação ao BPC (Tabela G-C 9), e 60% (GESTORES) e 48,6% (CRAS) afirmam que as secretarias atingem o seu papel. Entre o CRAS, é maior o número de respostas dando conta de que ela não cumpre seu papel.

G-C 9. Desempenho da secretaria de assistência de seu papel junto ao BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, desempenha	12	60,00	18	48,60

Não desempenha	5	25,00	16	43,20
Não sabe	3	15,00	3	8,10
Total	20	100,00	37	100,00

Quando as secretarias não cumprem esse papel, entre os motivos citados o principal é a falta de recursos humanos, problema recorrente entre as dificuldades apontadas (Tabela G-C 10). Chama a atenção que aqui, entre os motivos, os gestores não indicam problemas políticos. Os problemas mais indicados são relacionados à falta de planejamento e à falta de recursos para os CRAS.

G-C 10. Motivos pelos quais a secretaria não vem desempenhando seu papel em relação ao BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Restrições orçamentárias	2	18,2	8	16,33
Falta de recursos humanos	6	54,5	16	32,05
Falta de espaço físico	1	9,1	4	8,16
Dificuldades técnicas	1	9,1	8	20,41
Dificuldades políticas			5	10,20
Outras dificuldades institucionais	1	9,1	6	12,24
Total	11	100,0	47	100,0

As questões apontadas por CRAS (GC-10) como dificuldades técnicas são tanto técnicas quanto políticas (Tabela C 12), como a falta de interesse político. Apenas um gestor tinha apontado dificuldade técnica, tendo explicitado “Não sistematização desse acompanhamento”. Nenhum gestor indicou dificuldade política.

C 12. Dificuldades Técnicas da secretaria de assistência para desempenhar seu papel em relação do BPC , identificadas pelos CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Falta de Recursos Humanos qualificados	2	25,00
Gestão não qualificada	2	25,00
Falta de cadastro dos beneficiários	1	12,50
Falta de espaço físico	1	12,50
Falta de interesse político	1	12,50
Não especificou	1	12,50
Total	8	100,00

Dos cinco Profissionais de CRAS que apontaram a existência de dificuldades políticas (Tabela C 13), dois citam a cultura eleitoreira e político-partidária, e dois a falta de articulação.

C 13. Dificuldades Políticas da secretaria de assistência para desempenhar seu papel em relação do BPC, identificadas pelos CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Cultura eleitoreira e político-partidária	2	40,00
Baixa articulação entre as Secretarias Municipais	2	40,00
Baixa articulação entre os serviços socioassistenciais	1	20,00
Total	5	100,00

Busca ativa e acompanhamento são identificados como os pontos principais nos

planos dos gestores para melhorar a atuação das secretarias junto ao BPC (Tabela G 18). Mas as respostas se distribuem em vários pontos e apenas 2 gestores indicam a ampliação da equipe técnica, embora seja um problema atestado por todos.

G 18. Planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Busca Ativa dos beneficiários do BPC, cadastramento e acompanhamento	5	17,24
Ampliação dos serviços e cobertura para os beneficiários do BPC	3	10,34
Ampliação da equipe técnica	2	6,90
Oferta de serviços para PCD	2	6,90
Plano em elaboração	2	6,90
Ações específicas de inclusão e em alguns casos melhorias habitacionais	1	3,45
Adaptação de CRAS e CREAS para acessibilidade	1	3,45
Ampliação do acompanhamento familiar	1	3,45
Capacitação e inclusão para o mercado de trabalho	1	3,45
Centro de convivência para idosos	1	3,45
Compra de veículo	1	3,45
Criação de conselhos de Idosos e Pessoas com Deficiência	1	3,45
Fortalecer a articulação com as demais políticas setoriais	1	3,45
Implantação de um projeto específico de transporte	1	3,45
Inclusão dos beneficiários nos serviços municipais	1	3,45
Investir nos programas já existentes, na busca de melhores condições de vida	1	3,45
Melhoria do espaço físico	1	3,45
Parcerias com ONGs que trabalham com deficientes	1	3,45
Plano plurianual do município e debates do Conselho de Assistência Social	1	3,45
Rede com os conselhos de direitos para atender crianças e adolescentes	1	3,45
Total	29	100,00

Na Tabela G-C 11, 12 em 20 (60%) gestores informaram que seus municípios formalizaram em algum documento os planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto ao BPC, uma média de razoável para boa na institucionalização da assistência. Dos 12, a metade o fez através do Plano Municipal de Assistência Social, indicando uma institucionalização estreitamente vinculada ao SUAS na metade dos casos (Tabela G 19).

Nos CRAS (G-C 11), apenas 29,60% indicam ter conhecimento da existência do documento.

G-C 11. Existência de documento formal com os planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto ao BPC segundo GESTORES e CRAS

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	12	60,00	8	29,60
Não	8	40,00	17	63,00
Não sabe			2	7,40
Total	20	100,00	27	100,00

G 19. Documentos em que estão formalizados os planos da secretaria de assistência para melhorar sua atuação junto ao BPC segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Plano Municipal de Assistência Social	6	50,00
CMAS - Compromisso com o Social	1	8,33
Família Carioca em Casa	1	8,33
Plano de Inserção e Acompanhamento	1	8,33
Plano de Providências (junto aos CRAS)	1	8,33
PPA	1	8,33
Projeto Gente Eficiente	1	8,33
Total	12	100,00

Os municípios em geral incluem diversos participantes/atores na discussão dos planos e projetos da secretaria de assistência. A maioria deles pertence ao SUAS (profissionais dos CRAS-CREAS, Conselheiros) e a movimentos sociais e comunitários. Os demais são de setores privados, ou ligados/possivelmente ligados à política. Há razoável participação de movimentos e da sociedade civil (Tabela G 20). Mas há pouca participação de secretarias de outras áreas, identificando a dificuldade de articulação da seguridade.

G 20. Participantes da discussão dos planos e projetos da secretaria de assistência

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Assessores	16	14,68
Conselho	19	16,51
Conveniadas	3	2,75
Coordenadores das Coordenadorias de Assistência Social - CAS	1	0,92
CRAS	22	17,43
CREAS	14	12,84
Diretores de departamentos	1	0,92
Líderes Comunitários	5	4,59
Movimentos Sociais	8	7,34
Outros	8	7,34
Prefeito	7	6,42
Secretaria de Educação	1	0,92
Secretaria de Saúde	1	0,92
Secretário de Assistência e seus representantes	1	0,92
Todos os profissionais da rede de serviços do município	1	0,92
Vereadores	1	0,92
Total	109	100,00

4.8.2 Papel do CRAS

Em relação ao papel dos CRAS na assistência aos beneficiários do BPC (Tabela C48), GESTORES e CRAS novamente forneceram respostas aproximadas, que giraram em torno de acompanhamento das famílias e do beneficiário e de busca ativa (G 21 e C 14).

G 21. Papel do CRAS na assistência aos beneficiários do BPC, segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Acompanhamento dos usuários nos territórios de abrangências, buscando o fortalecimento dos vínculos familiares encaminhando para a rede de serviços públicos e privado	11	5,5
Busca ativa, promovendo estratégias de ação através de serviços, projetos e programas junto a famílias e beneficiários	8	4,0
O CRAS é a porta de entrada	2	1,0
Total	21	100,0

C 14. Papel do CRAS na assistência aos beneficiários do BPC, segundo CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Acompanhamento sistemático ao beneficiário e sua família	19	47,50
Busca ativa, encaminhamento e orientações sobre os programas, projetos e serviços da Assistência Social	10	25,00
Ações de empoderamento visando a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários	5	12,50
Ampliação e garantia de acesso a direitos	5	12,50
Referenciamento e inclusão dos beneficiários do BPC no CadÚnico	1	2,50
Total	40	100,00

Os resultados demonstram que para 64,90% dos Profissionais e para 60,00% dos Gestores, os CRAS desempenham seu papel. Como 3 GESTORES não sabem/não responderam, destaque-se o alto número de respondentes para os quais o CRAS não cumpre seu papel: 25,00% em GESTORES e 35,10% em CRAS (Tabela G-C 12).

G-C 12. O CRAS cumpre o papel identificado pelo Profissional na assistência aos beneficiários do BPC?

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	12	60,00	24	64,9
Não	5	25,00	13	35,1
Não sabe	2	10,00	-	-
Não respondeu	1	5,00	37	100
Total	20	100,00	37	100

A falta de recursos humanos, as dificuldades com orçamento e problemas de espaço foram, mais uma vez, os principais fatores que fazem com que a equipe técnica do CRAS não consiga desempenhar o seu papel (Tabelas G 22 e C 15). Da parte do CRAS, dos três itens, recursos humanos foi a principal resposta.

G 22. Motivos pelos quais os CRAS NÃO vêm desempenhando seu papel (identificado pelo Gestor) na assistência aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Dificuldades Orçamentárias	2	18,18
Falta de Espaço	1	9,09
Falta de recursos humanos	6	54,55
Dificuldades Técnicas	1	9,09
Outras dificuldades institucionais	1	9,09
Total	11	100,00

C 15. Motivos pelos quais os CRAS NÃO vêm desempenhando seu papel (identificado pelo Profissional) na assistência aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Dificuldades Orçamentárias	6	17,65
Falta de recursos humanos	13	38,24
Falta de Espaço	6	17,65
Dificuldades Técnicas	3	8,82
Dificuldades Políticas	3	8,82
Outras dificuldades institucionais	3	8,82
Total	34	100,00

As dificuldades técnicas apontadas acima pelos CRAS foram: Falta de metodologia de trabalho; Falta de supervisão/capacitação continuada à equipe de trabalho; Falta de veículo para atendimento e acompanhamento das famílias. O item supervisão/capacitação envolve funções da secretaria estadual.

A dificuldade política “Descaso do executivo e do legislativo” foi apontada 3 vezes.

Nas institucionais de novo foram apontados problemas de processo: “Falta de acesso regular à listagem de beneficiários”. As outras duas foram “falta de recursos humanos qualificados”; e dificuldade de acompanhamento das famílias por falta de acesso à listagem do BPC. Foi incluída nas dificuldades institucionais outra resposta indicando “Falta de veículo para atendimento”.

67,57% dos respondentes CRAS indicaram que o CRAS tem planos para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC (Tabela C 16).

C 16. Existência de planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	25	67,57
Não	8	21,62
Não sabe	4	10,81
Total	37	100,0

Os planos mencionados (Tabela C 17), entre outros, são o acompanhamento sistemático dos beneficiários através de programas e projetos e a ampliação dos atendimentos individuais e coletivos. São estratégias de trabalho para que o atendimento integral dos beneficiários do BPC seja pautado nas unidades de CRAS.

C 17. Planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Acompanhamento sistemático através de planos, programas e projetos	9	36,00
Ampliação dos atendimentos individuais e coletivos	8	32,00
Fortalecimento dos serviços de convivência já ofertados pela política de assistência	4	16,00
Busca ativa dos usuários para inserção nos serviços da assistência social	3	12,00
Melhorar a acessibilidade para idosos e pessoas com deficiência	1	4,00
Total	25	100,00

Outro aspecto relevante foi diagnosticar se tais planos estão expressos em documentos formais, o que só acontece em 29,60% dos casos (Tabela C 18).

C 18. Existência de documento formalizando os planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	8	29,60
Não	17	63,00
Não sabe	2	7,40
Total	27	100,00

Quanto ao tipo de documento que formaliza esses planos, sobressaem os planos previstos na política de assistência, o que indica algum grau de institucionalização da política de assistência social (Tabela C 19).

C 19. Documento em que estão formalizados os planos do CRAS para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Plano Plurianual e Plano Municipal de Assistência Social	4	50,00
Em algum tipo de planejamento em documentos	3	37,50
Tipificação de serviços socioassistenciais	1	12,50
Total	8	100,00

Procurou-se identificar quais atores sociais e segmentos participam da discussão dos planos e projetos do CRAS (Tabela C 20).

Os dados demonstram que os planos e projetos são construídos pela equipe técnica do CRAS e pelo prefeito. Exceto pela provável participação no Conselho, é pequena a participação da sociedade civil organizada, apenas 1 profissional registra a participação de usuários e 3 indicam a participação de instituições conveniadas. A concepção de planos e projetos parece permanecer na estrutura interna da assistência, contrariando um dos eixos estruturantes da política, que é a participação social.

C 20. Participantes da discussão dos planos e projetos do CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
CRAS	44	30,77
Prefeito	28	19,58
Conselho	16	11,19
Assessores	15	10,49
CREAS	12	8,39
Comunitários	6	4,20

Conveniadas	3	2,10
Movimentos	3	2,10
Não há	1	0,70
Profissionais	1	0,70
Programa Saúde da Família	1	0,70
Usuários do CRAS	1	0,70
Outros	12	8,39
Total	143	100,00

4.9 Papel do governo estadual

Os Gestores entrevistados identificam papéis importantes na esfera estadual para efetivação do BPC, nas áreas técnica, de financiamento e de serviços (Tabela G-C 13). Porém, 60% indicam que o governo estadual não desempenha esses papéis (Tabela G-C 14)

Para os profissionais dos CRAS o papel do nível estadual na implementação do BPC concentra-se no apoio técnico e financeiro (Tabela G-C 13), que de fato são atribuições do nível estadual, embora 20% ainda indiquem que o estado deve implementar serviços, que não está entre suas atribuições principais. Mas 38,2% dos profissionais não sabem se o governo do Estado do Rio de Janeiro desempenha esse seu papel na implementação do BPC (Tabela G-C 14) e somente 32,4% avaliam que ele vem cumprindo esse papel.

G-C 13. Papel do nível estadual na implementação do BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Apoio técnico	17	39,5	23	35,38
Apoio financeiro	16	37,2	17	26,15
Implementar serviços	9	20,9	13	20,00
Outro			1	1,54
Não sabe			10	15,38
Nenhum	1	2,3	1	1,54
Total	43	100,0	65	100,00

G-C 14. Desempenho ou não pelo Governo do Estado do RJ dos papéis identificados

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	8	40,0	11	32,40
Não	12	60,0	10	29,40
Não sabe	-	-	13	38,20
Total	20	100,0	34	100,00

GESTORES atribuem o problema, especialmente, à falta de recursos humanos e dificuldades técnicas e políticas (Tabela G-C 15).

Entre as dificuldades para o não desempenho pelo CRAS, pesam mais as políticas

do que as de recursos humanos ou as orçamentárias.

G-C 15. Motivos de o Governo do Estado do RJ não desempenhar seu papel na implementação do BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Restrições Orçamentárias			3	23,10
Falta de Recursos humanos	9	52,9	2	15,40
Dificuldades Técnicas	4	23,5	2	15,40
Dificuldades Políticas	3	17,6	4	30,80
Outras	1	5,9	2	15,40
Total	17	100,0	13	100,00

O planejamento e a prioridade ao SUAS são as dificuldades técnicas e políticas apontadas, respectivamente, por CRAS e GESTORES (Tabelas G-C 16 e G-C 17).

G-C 16. Dificuldades Técnicas do Governo do Estado do RJ para desempenhar seu papel na implementação do BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Falta de planejamento			2	100,00
Identificação do município e mapeamento das necessidades	1	33,33		
Não tem planejamento de ações para dar consultoria aos municípios	1	33,33		
Não sei informar	1	33,33		
Total	3	100,0		

G-C 17. Dificuldade Política do Governo do Estado do RJ para desempenhar seu papel na implementação do BPC

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Falta de diretriz de prioridade	1	100,00		
A prioridade do Estado é a segurança pública			1	16,67
Descaso do executivo e legislativo			1	16,67
Permanência de práticas assistencialistas e clientelistas			1	16,67
Baixa organização institucional			1	16,67
Falta de política de valorização profissional			1	16,67
Não respondeu			1	16,67
Total			6	100,00

4.10 Avaliação do SUAS

É consenso entre GESTORES e CRAS que o SUAS trouxe benefícios para a assistência social municipal. Todos responderam “sim” (Tabela G-C 18).

G-C 18. Existência de benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS

	GESTORES		CRAS	
	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Sim	20	100,0	34	91,89
Não			2	5,41
Não sabe			1	2,70
Total	20	100,0	37	100,00

Entre esses benefícios destaca-se, curiosamente, mais a política de assistência em si do que a garantia de direitos (Tabela C65).

G 23. Benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS segundo GESTORES

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Normatização e consolidação da política de assistência e adequação da prestação de serviços	9	5,56
Ampliação e melhoria do atendimento	3	5,56
Mudança da cultura do assistencialismo para o direito	3	5,56
Ampliação do quadro de recursos humanos	2	5,56
Aproximou a população da política pública	2	5,56
Fortalecimento da rede de proteção social	2	5,56
Organização regionalizada da assistência social, priorizando as necessidades dos beneficiários do município	1	5,56
Verba orçamentária	1	5,56

Em geral, GESTORES e CRAS reconhecem os mecanismos da política de assistência que foram alterados com o SUAS. Os benefícios apontados coincidem com as limitações apontadas, podendo indicar que os municípios entendem precisar de maiores avanços nos campos onde já se avançou (Tabelas C 21 e G-C 20).

C 21. Benefícios para a assistência social do município com a criação do SUAS segundo CRAS

	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
A consolidação, organização e ampliação dos serviços socioassistenciais	11	28,21
Consolidação da Política Nacional de Assistência Social através de programas, projetos e benefícios ofertados pelos CRAS e CREAS	11	28,21
Acesso a informações sobre direitos sociais	6	15,38
Autonomia e superação do assistencialismo	5	12,82
Fortalecimento da Equipe Técnica	5	12,82
Não sabe	1	2,56
Total	39	100,00

Um percentual também grande, de 86,49%, identifica limitações no SUAS (Tabela G-C 19). Entre essas, destacam-se problemas na implementação da própria política que ampara o SUAS (C 22). Para os GESTORES, pesa o conflito com o governo federal quanto aos repasses (G 24),

G-C 19. Existência de limitações do SUAS

	GESTORES		CRAS	
	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Sim, existem	16	80,0	32	
Não existem	4	20,0	2	
Não sabe			3	
Total	20	100,0	37	

G 24. Limitações no SUAS segundo GESTORES

	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Burocracia e demora no repasse de recursos financeiros	5	17,86
Pouco tempo de implantação do SUAS	5	17,86
Orçamentárias	4	14,29
Política de qualificação dos profissionais do SUAS	2	7,14
Acompanhamento aos municípios em questões técnicas e financeiras	1	3,57
Contratação de ONGs	1	3,57
Distanciamento do gestor do Estado da realidade dos municípios	1	3,57
Efetivar a NOB RH	1	3,57
Estruturais, políticas, gestão	1	3,57
Garantia da articulação interinstitucional	1	3,57
Gestão um pouco limitada	1	3,57
Pouca autonomia municipal na aplicação dos recursos repassados pelo governo federal	1	3,57
Padronização dos serviços prestados	1	3,57
Papel subsidiário no contexto de Seguridade Social	1	3,57
Recursos humanos	1	3,57
Suporte técnico	1	3,57
Total	28	100,00

C 22. Limitações no SUAS segundo CRAS

Problemas na Implementação da PNAS	22	53,66
Má aplicação dos Recursos Financeiros	7	17,07
Precariedade dos Recursos Humanos	6	14,63
Ausência de intersectorialidade e interdisciplinaridade	2	4,88
Limitações Regionais e Culturais	2	4,88
Segregação Social causadora de exclusão	2	4,88
Total	41	100,00

A maioria dos Profissionais considerou regular o desempenho do CRAS na implementação do SUAS (Tabela G-C 20). Para os GESTORES, este desempenho foi 75% bom.

G-C 20. Avaliação do desempenho do município na implementação do SUAS

	GESTORES		CRAS	
	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Excelente	2	10,0	1	2,70
Bom	15	75,0	13	35,14
Regular	3	15,0	19	51,35
Insuficiente			4	10,81
Total	20	100,0	37	100,0

A quantidade de tabelas produzidas pela pesquisa dificulta, por vezes, o cruzamento de informações, necessário a uma análise adequada e facilitadora da compreensão. Deixamos para o capítulo seguinte, em forma de conclusão, um apanhado sintético dos resultados exibidos neste capítulo.

5 SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

No recorte de Beneficiários pesquisado (segmento BENEFICIÁRIOS), cuja predominância é de mulheres e de não brancos, 42,5% têm no máximo um ano de estudo e apenas 10% chegaram a estudar por oito anos. Considerando o pouco estudo dos Beneficiários e que sua condição de pobreza é requisito de acesso, podemos afirmar que a dependência do BPC é grande, bem como a dependência da rede familiar e da rede assistencial e da seguridade, visto que 82,5% não vivem mais com companheiros ou companheiras e que 87,5% não recebem qualquer outro benefício de renda. 72,50% dos entrevistados consideraram insuficiente o valor do benefício.

As respostas à pesquisa pelos Beneficiários levaram-nos a confirmar a predominância da família (60%) na rede de apoio (em relação à ajuda da comunidade/ vizinhança). Família (seguida por Vizinhança) foi indicada como ponto maior de apoio na ajuda com questões cotidianas do Beneficiário que, por sua condição de velhice, requer um tipo de assistência que se aproxima da requerida pela pessoa com deficiência. O Bairro, ou a Comunidade, atua nas questões de sobrevivência (repasses financeiros, alimentos, medicamentos) ou que dependem de prestação de serviços de terceiros.

Em grande parte, essa necessidade é doméstica e de locomoção/transporte, ação inexistente na assistência brasileira e que afeta a possibilidade de acesso a equipamentos existentes. As respostas “dificuldade de locomoção” e “distância” apareceram como justificativa para a não utilização de uma variedade de recursos pelos Beneficiários. Também lideram as listas de necessidades apontadas, além de medicamentos. Esta impossibilidade ou dificuldade foi relatada em relação a uso de serviços da assistência, da saúde, da municipalidade (programas para idosos e outros de seu interesse) e à participação social no bairro, na vizinhança e no município. Perguntados sobre que serviços utilizam, serviços do CRAS são utilizados por 27,50% dos entrevistados, enquanto 55% deles utilizam serviços de saúde.

É possível que alguns serviços não sejam identificados como do CRAS, ou que algumas ações do CRAS não sejam identificadas como serviços. Adiante no questionário, ao serem perguntados diretamente sobre o CRAS, 50% dos respondentes disseram frequentar ou já ter frequentado o CRAS, sendo 37,5% com intenção de participar de alguma atividade

(oficina de capacitação, grupo de apoio ou atividade recreativa); 27,5% para resolver alguma necessidade; e 27,5% para receber algum tipo de benefício. 77,50% dos Beneficiários conhecem ou já ouviram falar no CRAS, sendo 40% através da própria rede primária e 32,5% através da prefeitura ou assistência social, o que revela a penetração da estrutura da assistência.

Ao longo das entrevistas foram solicitadas avaliações de qualidade. A alternativa que teve mais respostas foi a que avaliou como Boa a qualidade do atendimento no INSS, do atendimento e dos serviços no CRAS, e dos serviços que o próprio usuário listou, como de saúde e de apoio a idosos (ressalte-se que na questão sobre atendimento no CRAS, 55% nada responderam). Aparentemente, o Beneficiário contenta-se com a qualidade dos serviços aos quais tem acesso, e queixa-se mais, justamente, da falta de acesso ou da inexistência de determinados serviços.

Indagados sobre necessidades que não são atendidas pelos serviços públicos e sobre atividades cotidianas que considera difíceis, chama atenção nas respostas o desconhecimento da existência de serviços prestados pela rede. É possível que este resultado tenha conexão com os obtidos com perguntas sobre a percepção do BPC: mesmo que o BPC seja identificado como um repasse do poder público, 40% dos beneficiários ainda o entendem como uma ajuda, e não como um direito. Acreditamos que o histórico do serviço público no Brasil reforce nos usuários a ideia de que o público é voltado aos pobres e não tem qualidade. Cabe ao CRAS, então, fortalecer a busca ativa para expandir a consciência do direito e o conhecimento sobre os serviços.

Ainda quanto à percepção do benefício, mais de 83% dos Beneficiários consideram que o recebimento do BPC causou mudanças em suas vidas. Entre as melhorias declaradas, aparecem: compra de medicamentos, alimentação, bens, mais qualidade de vida e autoestima, melhor condição de moradia, acesso a serviços de atendimento médico e outros, e possibilidade de pagar despesas da casa, mudanças principalmente nas condições objetivas de vida. É significativo o resultado de 87,50% que consideram ter adquirido maior facilidade em tomar decisões, o que representa a conquista de mais autonomia pelos Beneficiários. Do ponto de vista da assistência, só isso bastaria para justificar o BPC e a importância de que seu acompanhamento faça parte da rotina da assistência nos Estados e Municípios.

A família teve papel importante também no acesso ao BPC.

No conhecimento da existência do benefício, seu papel foi menor, com 25%. Porém, a partir daí, foi principalmente com ela que contou o Beneficiário para dar andamento e

acompanhar o processo (40%). 17,5% souberam do BPC pela assistência social, índice pequeno mas maior que o de pesquisa de 2006 (Lobato et al., 2006). 55% souberam do benefício por uma instituição pública.

O sistema da assistência pouco ajudou no processo de concessão do BPC, e vários respondentes disseram não ter precisado de ajuda, o que indica que o processo, no INSS, foi simplificado. Mas demonstra também que o candidato não recorreu ao SUAS, e sim a intermediários – advogados e procuradores. A figura do intermediário tende a retardar a ampliação da assistência social enquanto direito de cidadania.

Com as perguntas dirigidas aos que implementam a política de assistência – ou seja, os secretários municipais de assistência social (segmento GESTORES) e os profissionais de CRAS (segmento CRAS), tentamos saber se o BPC é tratado como política da Assistência Social, e se as dificuldades enfrentadas pelos usuários são captadas do modo com os próprios beneficiários as encaram. Também há perguntas que objetivam avaliar aspectos da política de assistência a partir de como estes dois segmentos entendem o SUAS, sua ação, seus problemas, suas interações e suas necessidades.

Dos GESTORES, 30% são assistentes sociais. A ocupação do cargo não é restrita a pessoas com formação de nível superior. Mais de 75% dos Gestores são mulheres, brancos, têm 11 anos ou mais de escolaridade declarada, idade de 40 a 60 anos e trabalham sob regime comissionado sem vínculo. 72% têm no máximo 3 anos e 2 meses no cargo, indicando rotatividade, provavelmente motivada pela alternância ou alianças no comando das prefeituras.

Entre os Profissionais de CRAS, todos os entrevistados têm nível superior, e 59,46% deles são assistentes sociais, porém a maioria não tem vínculo como servidor público (estatutário), apenas cerca de 38%. Isso contraria prerrogativa da Norma Operacional de Recursos Humanos, de 2006 (NOB/RH). O MDS orienta (2012) que toda a equipe de referência do CRAS seja composta por servidores públicos efetivos pois a continuidade, eficácia e efetividade dos programas, serviços e projetos depende também de baixa rotatividade da equipe. A alta rotatividade prejudica, especialmente, a capacitação das equipes. A amostra pesquisada teve concentração em profissionais com menos de 24 meses no cargo (48,65%), e indicou uma profissionalização jovem nos equipamentos assistenciais.

Respostas de GESTORES e CRAS tiveram pontos comuns, mas também discrepâncias. Identificaram os mesmos itens como maiores dificuldades no acesso ao BPC, a saber: excesso de burocracia, demora na marcação, distância das agências, falta de orientação,

atendimento no INSS, demora para receber. O atendimento no INSS e a demora para receber não foram evidenciados como importantes nas respostas de usuários.

Quanto aos serviços que indicaram como disponíveis no município para beneficiários IDOSOS e PCD, a listagem produzida revelou forte predominância da oferta pública de serviços, em relação aos de oferta privada (para idosos, índices de 83,67% e 95,45% de serviços públicos em cada listagem, respectivamente a G e C). Na avaliação da qualidade dos serviços indicados, Gestores os qualificaram como de nível Excelente para Bom. No CRAS, predominou a avaliação Bom, coincidente com o resultado de Beneficiários. Nos quatro tipos de benefícios que envolvem apoio com pessoal, há uma oferta de serviços em domicílio bem pequena, indicando que não faz parte da prática assistencial.

Os resultados indicam existência de cobertura para beneficiários do BPC e utilização de recursos da Assistência Social nos serviços existentes. 55,76% dos CRAS oferecem serviços/benefícios específicos para idosos. Quase a totalidade de GESTORES (96,20) e 85,70 de CRAS informaram que os serviços oferecidos cobrem os Beneficiários do BPC. Na formulação de políticas municipais, ampla maioria de G e C indicou utilização de informações do Cadastro Único e do Cadastro do BPC. Segundo respondentes CRAS, a identificação de necessidades dos beneficiários do BPC ocorre principalmente por meio de visitas domiciliares e entrevistas.

Este resultado contrasta com o de BENEFICIÁRIOS. O total de usuários idosos visitados por qualquer motivo representou um índice de 55%, contra 42,5% que sabem não terem sido visitados. 12,5% confirmaram terem sido visitados para revisão do Benefício. Nos demais motivos indicados, nenhum (fora as visitas para a revisão) tem ligação com o BPC.

Menos da metade de GESTORES e CRAS dispôs-se a opinar sobre os mecanismos de avaliação e acompanhamento do BPC, considerado por estes como parcialmente satisfatórios (um conjunto de apenas 7 Gestores respondeu à questão). Os mais utilizados são as ferramentas usuais do sistema CRAS-CREAS, entre estas: Acompanhamento, Cadastramento, Visitas domiciliares, Entrevistas.

Procurou-se identificar se GESTORES e CRAS identificam algum papel do município em relação ao BPC. Entre GESTORES, 64% indicaram busca ativa, acompanhamento e inserção nos serviços. CRAS indicaram criar ações de acolhimento, busca ativa e orientação, encaminhamentos para outras políticas, acompanhamento e garantia de acesso a direitos. Indicam, portanto, os mesmos papéis determinados a todo usuário da assistência social. Essas indicações confirmam um razoável conhecimento dos parâmetros da política de assistência.

Procurou-se também identificar o desempenho. 60% (GESTORES) e 48,6% (CRAS) afirmam que as secretarias atingem o seu papel. 60% (G) e 64,90% (C) opinaram que os CRAS desempenham seu papel.

Apesar da incidência da resposta “busca ativa”, 87,5% dos Beneficiários declararam não terem recebido visitas relativas ao BPC.

Gestores de apenas sete municípios informaram existirem parcerias formais com outros municípios para implementar serviços para IDOSOS e PCD, embora todos os entrevistados tenham considerado importante fazê-lo. As dificuldades apontadas em situações diversas que envolviam a política de assistência e o funcionamento dos CRAS pouco variaram. Foram apontadas, majoritariamente, dificuldades com recursos humanos (quantidade e capacitação), estrutura física (espaço) e orçamento, este entendido principalmente como problemas nos repasses federais aos municípios. Também foram apontados problemas políticos locais.

De acordo com os GESTORES, as maiores dificuldades para a efetivação de parcerias são orçamentárias, falta de recursos humanos e questões políticas. A questão merece destaque, pois a política de assistência depende de intersectorialidade e de integração regional na consecução de seus objetivos de propiciar cidadania.

Conclui-se que a cobertura ao BPC não está na agenda dos municípios, embora seus beneficiários sejam atingidos pela Assistência Social pela condição de vulnerabilidade e de público tradicional da assistência, a mesma que os torna elegíveis ao recebimento do BPC. Há serviços para esses usuários, mas não necessariamente por uma atuação voltada a eles enquanto beneficiários do BPC.

Mesmo que o BPC se mostre pouco incorporado ao SUAS, a pesquisa indica aumento desta incorporação nos últimos quatro anos (2006-2010), em relação a Lobato et al. (2006). Também indica que o SUAS está estabelecido na coordenação da política de assistência. Consultados sobre serviços que deveriam ser criados, GESTORES e CRAS concentraram suas opiniões não na indicação de serviços propriamente, mas em ressaltar o papel do CRAS e do CREAS na oferta de serviços assistenciais.

Outro indicador do nível de consolidação do SUAS é a adoção ou não, nos municípios, de orientações importantes da PNAS como a estrutura e as ações que condicionam o repasse de recursos federais desde a LOAS. As estruturas existem, até porque a pesquisa focou municípios de gestão plena da assistência social. Focamos a pesquisa, então, em saber como funcionam estas estruturas na realidade, e o que produzem.

Os dois segmentos (GESTORES e CRAS) indicaram majoritariamente que a secretaria e o CRAS têm planos para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC, planos estes compostos por ações típicas da assistência social. Quanto à formalização dos planos, 6 GESTORES citaram o Plano Municipal de Assistência Social como documento formalizador do planejamento destas melhorias pela secretaria. Quanto a planos para estas ações nos CRAS, 4 Profissionais citaram o PMAS. Isso indica a existência de planos nos municípios, como exige a LOAS, mas demonstra que parte do planejamento, ao menos aquela relativa ao BPC, corre por fora desses planos.

Outro ponto importante diz respeito à formulação da política de assistência nos municípios. Planos e projetos da secretaria de assistência são discutidos, em ordem de importância, por CRAS, CREAS, Assessores e Conselho. Menos quantidades indicam a participação de movimentos sociais, prefeito e líderes comunitários. Na discussão dos planos e projetos do CRAS, as respostas mais significativas foram CRAS, Prefeito, Conselho, Assessores e CREAS. Esta configuração demonstra participação social via Conselho, e uma participação preponderante das equipes técnicas e dos prefeitos e assessores. Poucos municípios forneceram respostas que incluíssem a participação social e a de representantes de outras secretarias de governo, contrariando eixos estruturantes da política, a participação social e a intersetorialidade.

Queremos destacar também o consenso entre GESTORES e CRAS de que o SUAS trouxe benefícios para a assistência social municipal, sendo o maior apontado a política de assistência. Os benefícios apontados coincidem com as limitações apontadas, podendo indicar que os municípios entendem precisar de maiores avanços nos campos onde já avançaram. Mais de 80% identificaram limitações no SUAS, principalmente pendências na implementação da própria política e as dificuldades no conflito com o governo federal quanto aos repasses. Embora a NOB/SUAS tenha permitido novas utilizações do dinheiro do Fundo, alguns municípios tendem a defender um financiamento maior do governo federal e estadual enquanto indutores da política, e menor participação do município. Apoios técnico e financeiro foram citados como principal ajuda esperada do governo estadual.

O BPC difere dos demais benefícios assistenciais, e difere também do benefício previdenciário, com o qual tende a ser confundido e comparado. Não envolve condicionais a serem observadas e acompanhadas municipalmente, como está acostumada a gestão municipal da assistência. É, assim, quase um benefício “estranho” ao município. O BPC tem sido acolhido e trabalhado no nível do MDS e da política nacional,

mas é um benefício de acesso previdenciário e não igualmente absorvido em todos os níveis, de Estados e Municípios. Embora a legislação trate o BPC como benefício não-vitalício (como consequência de considerar conjuntural a pobreza que origina o direito), é mínima a perspectiva de que o beneficiário idoso deixe as condições de acesso – em outras palavras, que arranje um emprego regular ou aumente sua renda acima do patamar mínimo familiar per capita. Assim, a condição de beneficiário é uma condição que não tende a mudar, e exige atenção do poder público.

A comparação do BPC com a aposentadoria, geralmente, busca desmerecer o primeiro. Em análise de 2007, Lavinias e Cavalcanti destacavam aspectos do debate gerado pela regulamentação, a partir da criação do Sistema de Seguridade Social no Brasil, de um conjunto de benefícios de forte impacto redistributivo. Dar aposentadoria a trabalhadores rurais, “que não contribuíram regularmente ou em base suficiente, (...) poderia gerar, no médio e longo prazo, desincentivos à contribuição”, ou seja, bastaria manter-se voluntariamente na pobreza para alcançar, ou ser alcançado, pelo direito assistencial. Em pensamento semelhante, a vinculação tanto do BPC quanto do benefício previdenciário ao salário mínimo “comprometeria o equilíbrio das contas públicas – leia-se o orçamento da Seguridade Social”, embora este fosse “sabidamente superavitário” (LAVINAS e CAVALCANTI, 2007:249).

Desde então, o volume de recursos transferidos e a quantidade de beneficiários do BPC só fez crescer, e nem governo nem previdência social indicam ter planos de restringi-lo. No campo da assistência social, discute-se sua ampliação. A questão da idade de 60 anos parece ter perdido força nas reivindicações em torno do BPC, como se tivesse havido um contentamento ou um conformismo com os 65. Mas ainda está pendente a alteração no critério da renda para acesso, que em nada mudou desde 1993. A questão, na dependência da correlação do forças no governo e de pressão da sociedade, tem um cunho mais político do que de um entrave legal. Segundo comenta Miranda, não tem razão de existir um impasse em torno do limite de renda *per capita*, visto que “ainda está em vigor o Artigo 39 da Loas, que estabelece que alteração nesse limite poderá ser proposta pelo CNAS ao Poder Executivo” (MIRANDA, 2012:34). Como os principais postos no conselho são de membros do governo, presume-se que a polêmica, por diversas vezes presente no legislativo, também está presente no Poder Executivo.

No contexto da economia brasileira, é improvável que se realize um dos desejos dos Beneficiários entrevistados, o de ter o valor do benefício aumentado. Além do impacto

financeiro que isso causaria, o BPC já é considerado alto, por ser o único benefício assistencial equiparado ao salário mínimo, e um acréscimo que não seja o do próprio reajuste do mínimo causaria problemas graves com a população aposentada e com o trabalhador ativo.

A pesquisa revelou que grande parte dos problemas apontados por Beneficiários, Gestores municipais e Profissionais de CRAS giram realmente em torno da inexistência de políticas públicas eficazes e que conformem uma seguridade social no Brasil. De certa forma, o fato de o acesso depender da renda, e não da necessidade, diz alguma coisa sobre nossa seguridade, e sobre como ainda estamos distante dela. Isto porque a linha de pobreza não considera as particularidades das famílias. Desconsidera também que a condição de pobreza envolve dificuldade de acesso a serviços públicos. O valor desses serviços é alto em relação à renda de uma população tão pobre. Já começa aí a diferenciação entre as famílias: pelo custo variável no acesso a serviços, e pelo custo real que alguns serviços podem ter.

A diferenciação pode aumentar diante de características peculiares do beneficiário, como gastos com medicamentos, nada incomuns em população idosa e/ou com deficiência. Medeiros et al. citam a hipótese de um beneficiário ter doença de Huntington, genética, que numa das fases de desenvolvimento exige um consumo de 5.000 calorias/dia para garantir a sobrevivência individual. O programa, sugerem os autores, poderia considerar, na concessão do benefício, informações sobre despesas para definir os níveis de corte para seleção de beneficiários, níveis que poderiam ser definidos tendo em conta uma cesta de consumo mínimo que calcularia, como parte do processo de análise, “as idiossincrasias das famílias, os efeitos de custos extras do envelhecimento e os custos para cobrir a falta de serviços públicos (ou o efeito positivo de se tê-los)” (MEDEIROS ET AL., 2006:12).

Num aspecto mais abrangente, da sociedade como um todo, os sucessivos ajustes fiscais que são sempre cobrados dos governos, e geralmente realizados, imprimem caráter regressivo e restritivo ao custeio da seguridade social. De certa forma, mais gastos com o BPC acontecem num foco de políticas sociais voltadas às camadas mais pobres da população. Essa falta de seguridade pouco altera a estrutura da desigualdade social. A tributação praticada no país incide sobre a “renda” do trabalho e sobre o consumo, e, por isso, contribui para a concentração de renda, e não para uma política universal e redistributiva.

Necessidades como recebimento de alimentos, assistência médica e medicamentos, identificadas pelos Beneficiários na pesquisa, não fazem parte dos serviços da Assistência Social brasileira e vêm a ser atendidas por outros serviços públicos ou, mais provavelmente, filantrópicos. A cultura social e governista da sociedade brasileira tem sido responsável pela

constituição de fronteiras pouco claras entre direito e ajuda, entre clientelismo/paternalismo e participação social. “A assistência social e a filantropia têm mantido uma relação duradoura e permanente, consagrada pelo Estado brasileiro por meio de múltiplos mecanismos reguladores”, diz Maria Luiza Mestriner (2008:285).

Mesmo assim, é inegável que o Benefício de Prestação Continuada tem um importante efeito na ampliação dos rendimentos dos beneficiários e conseqüente ampliação de seu acesso ao consumo de bens básicos, mudança de vida constatada pelos próprios beneficiários, na pesquisa. Lembre-se que estes beneficiários não são, em princípio, pessoas que estejam vivendo dificuldades passageiras e em algum tempo se reintegrarão ao mercado, são pessoas que dependerão do BPC enquanto viverem, e merecem uma vida digna e com cidadania plena. O que reforça a questão da necessidade de existência de serviços de outra natureza além da assistencial, e de integração entre serviços de tipos diversos, para que o funcionamento de uma rede de seguridade torne efetivo o benefício de renda.

A pesquisa evidenciou que a Assistência Social adquiriu maior visibilidade junto à parcela idosa entrevistada, que identifica a função de “porta de entrada” que alguns Gestores citaram como papel do CRAS. Estes Beneficiários conhecem o CRAS, ou já ouviram falar, e é expressivo o número dos que já abriram sua casa para receber um assistente social. A estratégia das visitas domiciliares mostra-se adequada, bem como todo tipo de serviço que pudesse ser levado ao domicílio do usuário, o que não anula a necessidade de resolução do problema de transporte e locomoção reclamado como principal barreira no acesso aos serviços e à participação social – visto que o próprio CRAS acusou que tem esse problema na execução de seu trabalho. Municípios trabalham com locais de difícil acesso, sistemas públicos municipais de transporte são ruins, e se o CRAS tem dificuldade de ir, também tem o Beneficiário, de “vir”.

Essa visibilidade do CRAS e da assistência social decorre da ação do próprio Sistema. Embora o direito ao BPC não seja totalmente claro aos que o recebem todo mês, vimos que o usuário tem noção do critério da necessidade e da lógica de ter direito e acesso a mais serviços. Aos poucos, a população é atingida pela assistência social enquanto política pública. Sua identificação de necessidades na forma de serviços ultrapassa aquela oferta de ajudas que por tanto tempo caracterizou o assistencialismo filantrópico e formador de clientelas no Brasil. “Mesmo que esse reconhecimento não seja generalizado, é importante, considerando-se as limitações de integração aos serviços desses segmentos, o caráter recente dos CRAS e as dificuldades que ainda enfrentam” (LOBATO ET AL., 2013).

Vê-se, em comparação com a pesquisa de Lobato et al., 2006, que o SUAS e o BPC avançaram, resolveram problemas, solidificando-se e se aprimorando enquanto políticas – e, em parte, é esse avanço que faz mais problemas aflorarem. Entendemos que são problemas de crescimento, e não de estagnação ou retrocesso. Um desses gargalos é o baixo registro de mudanças após as visitas domiciliares. Os CRAS têm pouca capilaridade na rede de serviços sociais, dificuldades enormes – técnicas, políticas e institucionais – de se articularem regionalmente, e pouco a oferecer quando a demanda é por medicamentos e assistência médica, por exemplo. Várias vezes, na pesquisa, o usuário demonstrou que recorre inicialmente e mais frequentemente à sua rede primária, mesmo quando esta dispõe de escassos recursos para atendê-lo.

Um aspecto que consideramos extremamente positivo é a aproximação entre INSS e o BPC, e entre o INSS e o MDS. O movimento deste, de assumir a condução do Benefício, parece ter sido aceito pela Previdência e ter promovido uma valorização do BPC e seus Beneficiários dentro dos dois sistemas. Medimos esta mudança quando poucos Beneficiários dizem ter enfrentado problemas de atendimento no INSS, ou de demora no recebimento do Benefício. Também quando gestores do INSS mostram-se críticos do processo fiscalizador das revisões bienais do BPC, e trabalham junto com os gestores da Assistência na criação de um novo modelo, ou sistema, que trate as revisões de maneira mais organizativa que persecutória. Mesmo assim, resta estreitar vínculos também em níveis municipais, território onde CRAS e agências do INSS não conversam. A questão afeta mais o público com deficiência que o público idoso, pela contestação de perícias, mas pode afetar a todos diante da perspectiva (desejada) de incluir uma avaliação social na conformação da linha de corte para acesso.

A política de assistência social tende a ser estabelecer como um direito universal e garantido, como ocorre hoje com os sistemas de educação e saúde no Brasil. Mas a medida da estruturação do BPC e do SUAS não foi acompanhada por um conjunto de políticas universais geradas por uma política tributária redistributiva, e falta esse encaixe à política social brasileira para que esta entre nos trilhos da permanência e do reconhecimento de sua universalidade, para além da ação residual e focalizada. A assistência não tem jurisdição direta sobre os serviços das várias áreas com os quais opera. Esta falta de integração permanece um desafio, e pode consolidar um sistema de informações, sem eficácia, cristalizado no gerenciamento da pobreza. Talvez caiba aos poderes municipais ir além da necessidade de financiamento e, também, gerar políticas próprias de seguridade social.

Também são escassas as políticas de infraestrutura e serviços em localidades habitadas por populações pobres, onde vive a maioria dos beneficiários da Assistência Social. É característico da má distribuição de renda (e de sua relação com a desigualdade social) que esta seja acompanhada da desigual distribuição de serviços públicos e infraestrutura, de modo que quem tem mais renda, tem à disposição mais e melhores serviços. Não é por menos que um beneficiário listou como necessidade um *relógio*. Depois da estranheza inicial causada pela resposta no grupo de pesquisadores, compreendemos que ele se referia a um relógio de luz.

A proteção social do Estado brasileiro tenta, a partir de 1988, romper com a influência assistencialista que por tanto tempo teve manteve uma visão de clientelismo e paternalismo na política estatal, ao que se fundem problemas crônicos de desorganização, baixa institucionalização, políticas superpostas e pulverizadas, que são pontos *contra* os quais se organiza a atual política da Assistência. A pesquisa demonstra também que a assistência e seus usuários ressentem-se de um ambiente favorável, de políticas universais. Em suma, a assistência não depende apenas dela mesma para se efetivar enquanto política “realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas” (PNAS). A meta, mesmo atribuída à assistência, via SUAS, é uma meta da Seguridade.

Contudo, é importante ressaltar o significado deste “depende” da seguridade. Ficou evidente na pesquisa que o benefício do Benefício é reduzido pela carência de serviços públicos básicos. Mas esta carência é um problema crônico no estabelecimento de um Estado de Bem-Estar no Brasil, reconhecedor e garantidor de plenos direitos de cidadania. Desde 1996, quando de sua implantação, o Benefício de Prestação Continuada aumentou seu alcance, reduziu algumas barreiras de acesso, absorveu demandas da sociedade. Assim, enquanto defendemos a necessidade de mais serviços públicos e de uma seguridade efetiva (inclusive além da tríade constitucional), aumentar o efeito do BPC na redução da pobreza deve ser tarefa contínua da Assistência Social, que precisa discutir seriamente seu trabalho junto aos Beneficiários do BPC. Para este aumento, consideramos essencial a criação de um novo critério de corte no acesso ao Benefício. O contexto de vida do Beneficiário deve ser avaliado e esta avaliação pode funcionar também como indutora de melhorias.

Num momento em que parte da sociedade protesta contra serviços públicos, muitos dos quais fornecidos por setores privatizados, tornando claro que a eficiência da iniciativa privada pode ser um fetiche, a efetivação de um país com justiça social depende de políticas universais de qualidade e abrangência, desmercadorizantes, como é o BPC, em que um setor

público com políticas universais, efetivas, eficientes e eficazes consiga avançar, assim como estamos vendo avançar a política de assistência. O welfare state que chegou atrasado ao Brasil pode precisar de tempo, como precisou nos países onde foi implantado, para que as políticas se consolidem, como vimos acontecer com o próprio BPC. Diante disso, e contando com a melhor utilização possível desse tempo, julgamos que tão importante quanto apontar os entraves e dificuldades, é destacar o que há de positivo nas políticas sociais e os benefícios que programas como o BPC têm proporcionado, principalmente por representar uma proposta de possibilitar uma condição de vida digna inclusive a quem não se habilitou a isso por sua integração ao mercado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, S. “A gestão filantrópica da pobreza urbana”. Revista São Paulo em Perspectiva, São Paulo: Fundação Seade, vol. 4, nº 2, abr./jun. 1990, pp. 8-17. Disponível em <http://www.cedec.org.br/files_pdf/Agestaofilantropicadapobrezaurbana.pdf>. Acesso Jan 14.
- AGRA DO O, A. Norbert Elias e uma narrativa acerca do envelhecimento e da morte. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jan. 2013.
- ALMEIDA, M.H.T. O Elo Perdido entre o Trabalho e a Seguridade. In: BEHRING, E.R. e ALMEIDA, M.H.T. (orgs.). Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez, 2008. 23-37.
- ANSILIERO, G. Evolução na Concessão e Emissão de Benefícios Assistenciais de Prestação Continuada. Informe da Previdência Social, Outubro de 2005, Volume 18, Número 10. Brasília: Ministério da Previdência Social – MPS. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_081014-105056-764.pdf>. Acesso Jan 14.
- ARRETCHE, M.. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. Bib: Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Anpocs, n. 39, p. 3-40, 1995.
- ARTS, W; GELISSEN, J. Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. Journal of European Social Policy 2002 12: 137. Disponível online em: <<http://esp.sagepub.com/content/12/2/137>>. Acesso Jan 2013.
- BARDIN, L. 1979. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- BARRIENTOS, A. Latin America: towards a liberal-informal welfare regime. In GOUGH, Ian; WOOD, Geof. Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts. Introduction. 3rd printing. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, 364p.
- BEHRING, E.R.. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In: BEHRING, E.R. e ALMEIDA, M.H.T. (orgs.). Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez, 2008. 152-174.
- BOLONI, G. New social risks and the politics of post-industrial social policies. p. 3-26. In: ARMINGEON, K.; BOLONI, G. (Orgs.) The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting post-war social policies to new social risks. New York, USA: Routledge, 2006. 316 p.
- BOSCHETTI, I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 15, n. 1, jan. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso Jan 14.
- BOSCHETTI, I. O futuro das políticas sociais no governo Lula. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. 1, June 2007a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso Jan 14.
- BOSCHETTI, I. Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal. Observatório da Cidadania. Rio de Janeiro, v 11, p. 91-98, 2007. Disponível em <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso Dez 13.
- BOSCHETTI, I. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CFESS/Abepps. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CEFESS/Abepps, 2009. v. 1.
- BOSCHETTI, I; BEHRING, E.R. Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula. DF, Universidade e Sociedade, Ano XIII, Nº 30, junho de 2003.
- BOYER, G. R. English Poor Laws. EH.Net Encyclopedia. The Economic History Association. Mai 2002. Disponível online em: <<http://eh.net/encyclopedia/article/boyer.poor.laws.england>>. Acesso Jan 2012.
- BRASIL. MDS. *Benefício de Prestação Continuada*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso Jan 2011.

BRASIL. MDS. Execução Orçamentária do MDS - 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/despesas/Execucao%20MDS%20ate%202011%20de%20setembro%20de%202013.pdf>>. Acesso Jan 14.

BRASIL. MDS. SUAS: Institucional. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/SUAS-sistema-unico-de-assistencia-social/gestor-snas-SUAS-institucional>>. Acesso em Dez 2012.

BRASIL. MDS/SNAS. Loas Anotada: Lei Orgânica de Assistência Social. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: SNAS, março de 2009.

BRASIL. MPOG. Projeto de Lei Orçamentária Anual - PLOA 2013. Brasília: MPOG, 2012. <http://www.orcamentofederal.gov.br/educacao-orcamentaria/arquivo-ofat-2013/Orcamento_Federal_2013_WEB.pdf>. Acesso Set 13.

BRASIL. MPS. 2013. Acesso à Informação. A Previdência. Histórico. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico/1934-1959/>>. Acesso Dez 13.

BRASIL. MPS. Informe de Previdência Social. Maio de 2011, vol. 23, n. 5. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/4_110525-171625-908.pdf>. Acesso Nov 13.

BRASIL. MPS. Ministério da Previdência Social. Panorama da Previdência Social brasileira. 3. ed. Brasília: MPS, SPS, SPC, ACS, 2008. 80 p. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_090126-092058-729.pdf>. Acesso Nov 13.

CAMARANO, A.A. ET AL. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. Mercado de Trabalho, n. 54, fev. 2013. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/bmt54_nt01_envelhecimento.pdf>. Acesso Dez 13.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Texto para discussão n.º 1.426. Rio de Janeiro: IPEA, outubro de 2009. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf>. Acesso Jan 13.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Texto para discussão n.º 1.292. Rio de Janeiro: IPEA, julho de 2007. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1844/1/TD_1292.pdf>. Acesso Jan 13.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. 3ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes: 2001. 611p.

COUTINHO, D.R. Capacidades estatais no Programa Bolsa Família: o desafio de consolidação do Sistema Único de Assistência Social. Texto para discussão n.º 1.852. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

DI GIOVANNI, G. Sistema de Proteção Social. 2008. Disponível online em <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/sistema-de-proteo-social.html>>. Acesso Jan 2012.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos. Seguido de “Envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. Revista Lua Nova, n.24, 1991. Tradução de Dinah da Abreu Azevedo.

EUZEBY, C. Social Protection to Achieve Sustainable Inclusion: A European Imperative in the Current Economic Crisis (October/December 2012). International Social Security Review, Vol. 65, Issue 4, pp. 69-88, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-246X.2012.01442.x>>. Acesso Jan 2013.

FLEURY, S. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

FLEURY, S.; OUVÉNEY, A. M.. *Política de Saúde: uma política social*. In: Giovanella, L. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 25-57.

FURTADO, C. Formação Econômica do Brasil. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 2005. 32ª Edição.

GOUGH, I. Welfare regimes in development contexts: a global and regional analysis. In: GOUGH, Ian; WOOD, G. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*. Introduction. 3rd printing. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, 364p.

GOUGH, I.; WOOD, G. *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*. Introduction. 3rd printing. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, 364p.

HOFFMAN, R. Transferências de Renda e Redução da Desigualdade no Brasil e em Cinco Regiões entre 1997 e 2005. In: BARROS ET AL. (Orgs.). *Desigualdade de Renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Rio de Janeiro: IPEA, 2007. 17-40.

IANNI, O. Tendências do pensamento brasileiro. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 12(2): 55-74, novembro de 2000.

IAZBEK, M.C. Sistema de Proteção Social Brasileiro: Modelo, Dilemas e Desafios. In Seminário Internacional do BPC: Conferência Magna. Brasília, 8 a 10 de novembro de 2010, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

IBGE. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>. Acesso Jan 14.

IPEA. 20 anos de políticas sociais: muitos avanços, mas ainda é pouco. In: *Desafios do Desenvolvimento*. Setembro/outubro de 2009. p. 66-69. Disponível em: <<http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/17/edicoes/54/pdfs/rd54not06.pdf>>. Acesso Abr 2011.

IPEA. *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso Ago 12.

JACCOUD, L. *Proteção social no Brasil: debates e desafios*. In: *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Unesco, 2009 (p. 57 - 86).

LARRAIN, M. *El Consenso de Washington: ¿Gobernador de Gobiernos?*. 1999. Disponível online em: <<http://consenso-washington-hpe.blogspot.com.br/2010/04/el-consenso-de-washington-gobernador-de.html>>. Acesso Jan 2013.

LAVALLETTE, M; PRATT, A. *Social Policy: Theories, Concepts and Issues. Third Edition*.

LAVINAS, L. Na contramão dos direitos universais. Notas para reflexão. In *Plataforma Política Social. Cadernos Temáticos 1 - Política Social e Desenvolvimento: o Brasil entre dois projetos*. 2012. Disponível em: <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/caderno/caderno-tematico1/137-caderno-1-lena.html>>. Acesso Dez 13.

LAVINAS, L.; CAVALCANTI, A. O legado da Constituição de 1988: é possível incluir sem universalizar? *Carta Social e do Trabalho*, n. 7 – set./dez. 2007. Disponível em <<http://www.dieese.org.br/dieese/esp/previdencia/parte5.pdf>>. Acesso Mai 11.

LOBATO, L.V.C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):721-730, 2009

LOBATO, L.V.C.; GÓIS, J.B.; SENNA, M.; REIS, M.V., 2006b. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada. Relatório de pesquisa. Disponível em <www.uff.br/politicasocial>.

LOBATO, L.V.C. ET AL. Assistência Social e construção de direitos: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada – BPC. Relatório técnico de pesquisa.

MACIEL, D. O Governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). *Revista UFG / Dezembro 2011 / Ano XIII nº 11*.

MARCONSIN, C; SANTOS, C. A Acumulação Capitalista e os Direitos do Trabalho: contradição histórica que preside a seguridade social. In: BEHRING, E.R. e ALMEIDA, M.H.T. (orgs.). *Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2008. 175-192

MARQUES, A.M. *Reflexões sobre o envelhecer nas três últimas décadas do Século XX*. *Revista Territórios e Fronteiras v.2 n.1 – Jan/Jun 2009*. Programa de Pós-Graduação – Mestrado em História do ICHS/UFMT.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARSHALL, T.H.. *Política social*. Rio de Janeiro, Zahar, 1976.

MEDEIROS, M. ET AL. Transferências de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Brasília: IPEA, 2006.

MENEZES, F; SANTARELLI, M. Da Estratégia “Fome Zero” ao plano “Brasil sem miséria”: elementos da seguridade social no Brasil. Rio de Janeiro: IBASE, 2013.

MESTRINER, L.M. o Estado entre a filantropia e a assistência social. 3a. Ed. São Paulo: Cortez, 2008. 320 p.

MINOIS, G. *História da velhice no ocidente: da antiguidade ao renascimento*. Trad. Serafim Ferreira. Lisboa: Teorema, 1999.

MIRANDA, G.L. Preferências, instituições e política na formulação e implementação do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão n.º 1.734. Rio de Janeiro: IPEA, 2012.

MONTEIRO DE LEMOS, R.; FARIAS PINHEIRO, L. Análise dos programas de transferência de renda no Brasil Bahia, em *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Nov 2013. Disponível em <www.eumed.net/rev/cccss/26/renda-brasil.html>. Acesso Dez 13.

MOREL, N. Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: The case of long-term care. In: ARMINGEON, Klaus; BOLONI, Giuliano (Orgs.) *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting post-war social policies to new social risks*. New York, USA: Routledge, 2006. 316 p.

MOTA, A.E. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-2.pdf>. Acesso em Mar 2013.

NETTO, J.P. Desigualdade, pobreza e Serviço Social. *Revista Em Pauta*, Número 19 – 2007.

OSORIO, R.G. ET AL. Erradicar a pobreza extrema: um objetivo ao alcance do Brasil. Texto para discussão n. 1619. Rio de Janeiro: IPEA, 2011.

OSORIO, R.G.; SOUZA, P.H.G.F.; SOARES, S.S.D.; OLIVEIRA, L.F.B. Perfil da Pobreza no Brasil e sua Evolução no Período 2004-2009. Brasília, agosto de 2011. TD 1647

PENALVA, J.; DINIZ, D.; MEDEIROS, M. *Política Assistencial, Orçamento e Justiça no Benefício de Prestação Continuada*. p. 61-84. In: DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, L. (Orgs.). *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2010. 248 p.

PEREIRA, P. *Política Social: temas & questões*. São Paulo: Cortez, 2008.

POLANYI, K. *A grande transformação: as origens de nossa época*. Tradução de Fanny Wrobel. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2000.

PRADO JÚNIOR, C. Dissertações sobre a Revolução Brasileira. Raimundo Santos (org.). São Paulo: Brasiliense/Fundação Astrojildo Pereira, 2007.

PRADO JÚNIOR, C. História econômica do Brasil. Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1982. 207p.

QUINONERO, C.G. ET AL. Princípios e diretrizes da Assistência Social: da LOAS à NOB SUAS. O Social em Questão - Ano XVII - nº 30 – 2013.

REIS, J.F. Nos caminhos da judicialização: um estudo sobre a demanda judicial pelo Benefício de Prestação Continuada. Niterói, 2010. Dissertação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social. Universidade Federal Fluminense.

REIS, M.F. O Benefício de Prestação Continuada (BPC): trajetória e desafios atuais. 2011, uff, ppgs.217

ROCHA, S. A evolução do programa Bolsa-Família brasileiro: funcionamento e impactos sobre a pobreza. Brazilian Studies Programme, University of Oxford, Occasional Paper 01-08 6. Oxford, 2008.

SANTOS, W.G. A Outra 'Era Vargas'. Aula Magna realizada em 25/03/2011 no IESP-UERJ. Disponível em: <<http://vimeo.com/21785406>>. Acesso Jan 14.

SANTOS, W.G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.; COOK, S.; KIDDER, L. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: EPU, 1965.

SENN, M.C.M. Intersetorialidade no acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. In: *Revista Argumentum*, 2013.

SENN, M.C.M.; MONNERAT, G.L. O Setor Saúde e os Desafios à Construção da Seguridade. In: BEHRING, E.R. e ALMEIDA, M.H.T. (orgs.). *Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez, 2008. 193-213.

SOARES, F.V. ET AL. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade e a pobreza. Brasília: IPEA, 2006 (Texto para discussão, 1228).

SOARES, L.R.T. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis: Vozes, 2001

SPICKER, P. 2011. *British social policy, 1601-1948*. In *An Introduction to social policy*. Aberdeen, Scotland: The Robert Gordon University. Disponível online em <<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/historyf.htm#workhouse2>>. Acesso Jun 2011.

SPICKER, P. 2011a. *Social policy in the UK*. In *An Introduction to social policy*. Aberdeen, Scotland: The Robert Gordon University. Disponível online em: <<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/uk.htm#Welfare%20State%20in%20Britain>>. Acesso Jun 2011.

- SPICKER, P. *Social policy: Themes and approaches*. London, UK: Policy Press, 2008. 320p.
- TELLES, V.S. Família, trabalho e direitos entre as classes trabalhadoras urbanas. In: *Rev. São Paulo em Perspectiva*, vol. 4, n. 2, abril-junho 1990.
- TREIB, O.; FAULKNER, G.. The European Union and new social risks: The need for a differentiated evaluation. p.248-249. In: ARMINGEON, K.; BOLONI, G. (Orgs.) *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting post-war social policies to new social risks*. New York, USA: Routledge, 2006. 316 p.
- VAITSMAN; J.; PAES-SOUSA, R. *Avaliação de Políticas e Programas do MDS: Resultados. Volume II. Bolsa Família e Assistência Social*. Brasília: MDS, 2007. 412 p.
- WEBER, M. A política como vocação. In: *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Martin Claret, 2006.
- WEFFORT, F. *O populismo na política brasileira*. 2ª Ed. São Paulo: Paz e Terra. 1980. 181p.

ANEXOS

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.1. Tipo de questionário: | 1 |

1.2. Número do Questionário: | ____ - ____ |

1.3. Município: _____

1.4. Data da entrevista: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

1.5. Local da entrevista:

1 CRAS. Nome do CRAS: _____2 Agência INSS. Número da Agência: _____3 Residência do beneficiário. Endereço: _____

1.6. Entrevistador: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

2.1. Nome do entrevistado: _____

2.2. Situação do entrevistado:

1 O próprio beneficiário2 Tutor nato (pai ou mãe)3 Tutor PARENTE NÃO PARENTE4 Curador PARENTE NÃO PARENTE5 Parentes consangüíneos, cônjuges e companheiros maiores

2.3. Tipo de benefício:

1 Idoso (**pule para 3.1**)2 Pessoa com deficiência física3 Pessoa com deficiência mental4 Não sabe**(somente para pessoas com deficiência)**2.4. Patologia _____ Não sabe**III. CARACTERÍSTICAS DO BENEFICIÁRIO**

3.1. Nome do beneficiário: _____

3.2. Idade do beneficiário: _____ ANOS

3.3. Sexo do beneficiário:

1 Masculino2 Feminino

3.4. Raça/Cor:

- 1 Branca
- 2 Preta
- 3 Parda
- 4 Amarela
- 5 Indígena

3.5. Estado civil:

- 1 Casado
- 2 Solteiro
- 3 Desquitado, divorciado ou separado judicialmente
- 4 Viúvo

3.6. Escolaridade:

- 1 Sem instrução a menos de 1 ano de estudo
- 2 1 a 3 anos
- 3 4 a 7 anos
- 4 8 a 10 anos
- 5 11 anos ou mais
- 6 Não determinado

3.7. (EXCETO PARA MENORES DE IDADE) Exerce ou exerceu algum tipo de trabalho?

- 1 Não, nunca exerceu **(pule para 3.9)**
- 2 Exerce atualmente
- 3 Exerceu mas não exerce mais

3.8. (EXCETO PARA MENORES DE IDADE) Que tipo de ocupação exerce ou exerceu?

- 1 Conta própria em casa
- 2 Conta própria na rua
- 3 Empregado
- 4 Empregador
- 5 Trabalhador doméstico
- 6 Cooperativado
- 7 Trabalhador na produção para consumo próprio
- 8 Não remunerado em ajuda a membro do domicílio
- 9 Ignorado

3.9. Há quanto tempo o beneficiário recebe o BPC?

- 1 Menos de 1 ano
- 2 1 a 2 anos
- 3 3 a 5 anos
- 4 6 a 8 anos
- 5 Mais de 8 anos
- 6 Não sabe / não lembra

(PERGUNTAS 3.10 A 3.14. SOMENTE PARA BENEFICIÁRIOS CRIANÇAS E JOVENS)

3.10. O beneficiário frequenta ou já frequentou a escola?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para a 3.14**)
- 3 Frequentou mas não frequenta mais (**pule para 3.14**)
- 4 Não sabe

3.11. A escola é:

- 1 Uma escola regular do ensino público
- 2 Uma escola regular do ensino privado
- 3 Uma escola especial do ensino público
- 4 Uma escola especial do ensino privado
- 5 Não sabe

3.12. O beneficiário já frequentava a escola antes de receber o benefício do BPC?

- 1 Sim (**pule para 3.15**)
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.13. Ter o benefício ajudou a conseguir a vaga para o beneficiário?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

(**pule para 3.15**)

3.14. Por que nunca frequentou ou não frequenta mais? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 O beneficiário não tem condição de frequentar a escola por causa da sua deficiência
- 2 Não existe escola próxima que aceite o beneficiário
- 3 A escola não aceita o beneficiário por causa da sua deficiência
- 4 A escola aceita o beneficiário mas não tem vaga disponível
- 5 O beneficiário tem restrição de locomoção e não há transporte apropriado para levá-lo à escola
- 6 A escola disponível é particular e a família não tem como pagá-la
- 7 Outro motivo. Qual? _____

3.15. O beneficiário recebe outros benefícios de renda?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 4.1**)

3.16. Quais? _____

IV. ACESSO AO BENEFÍCIO:

4.1. Como o beneficiário (ou a pessoa que deu entrada no benefício em seu nome) tomou conhecimento do BPC? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Familiares, vizinhos ou amigos
- 2 Agência do INSS
- 3 Prefeitura
- 4 Secretaria de assistência ou CRAS
- 5 Outros serviços públicos. Especificar: _____
- 6 Advogado/procurador

- 7 Vereador/deputado
8 Jornais e meios de comunicação de massa
9 Associações comunitárias
10 Conselhos de direitos ou de políticas
11 Outros. Especificar _____
12 Não sabe/ não lembra

4.2. Quem ajudou o beneficiário (ou a pessoa que deu entrada no benefício em seu nome) a dar entrada no pedido do benefício? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Familiares, vizinhos ou amigos
2 Agência do INSS
3 Prefeitura
4 Secretaria de assistência ou CRAS
5 Outros serviços públicos. Especificar: _____
6 Advogado/procurador
7 Vereador/deputado
8 Jornais e meios de comunicação de massa
9 Associações comunitárias
10 Conselhos de direitos ou de políticas
11 Outros. Especificar _____
12 Não sabe/ não lembra
13 Ninguém ajudou

4.3. Quem ajudou o beneficiário (ou a pessoa que deu entrada no benefício em seu nome) a acompanhar o processo? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Familiares, vizinhos ou amigos
2 Agência do INSS
3 Prefeitura
4 Secretaria de assistência ou CRAS
5 Outros serviços públicos. Especificar: _____
6 Advogado/procurador
7 Vereador/deputado
8 Jornais e meios de comunicação de massa
9 Associações comunitárias
10 Conselhos de direitos ou de políticas
11 Outros. Especificar _____
12 Não sabe/ não lembra
13 Ninguém ajudou

4.4. Houve algum problema para o beneficiário começar a receber o BPC?

- 1 Sim
2 não (pule para 4.7)

4.5. Qual? _____

4.6. Quem ajudou o beneficiário (ou seu representante) a resolver o problema? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Familiares, vizinhos ou amigos

- 2 Agência do INSS
- 3 Prefeitura
- 4 Secretaria de assistência ou CRAS
- 5 Outros serviços públicos. Especificar: _____
- 6 Advogado/procurador
- 7 Vereador/deputado
- 8 Jornais e meios de comunicação de massa
- 9 Associações comunitárias
- 10 Conselhos de direitos ou de políticas
- 11 Outros. Especificar _____
- 12 Não sabe/ não lembra
- 13 Ninguém ajudou

4.7. Quais as dificuldades que o beneficiário (ou seu representante) teve para dar entrada no BPC?

- 1 Não tinha informação suficiente
- 2 Não sabia preencher o formulário
- 3 Não sabia ir à agência
- 4 Não sabia se podia pedir o benefício
- 5 Demora na marcação da perícia médica
- 6 Outra. Especificar: _____
- 7 Não teve dificuldades
- 8 Não sabe/ não lembra

4.8. Quanto tempo demorou entre a entrada do pedido para o BPC e o recebimento da resposta com o resultado positivo?

- 1 menos de 1 mês
- 2 1 mês a 2 meses
- 3 2 a 3 meses
- 4 4 a 6 meses
- 5 6 meses a 1 ano
- 6 mais de 1 ano
- 7 não sabe

4.9. Na sua opinião, o atendimento prestado pela agência do INSS foi:

- 1 Excelente
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Péssimo
- 6 Não respondeu/ não sabe informar

V. CAPITAL SOCIAL

5.1. O beneficiário frequenta alguma associação ou grupo em sua comunidade/bairro?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule 5.4**)
- 3 Não sabe (**pule 5.4**)

5.2. Qual (is)? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Grupos religiosos
- 2 Grupos de mães
- 3 Centros sociais
- 4 Grupos de idosos
- 5 Grupos de PCD
- 6 Associações de moradores
- 7 Outras associações (ou ONGs)
- 8 Conselho de direitos ou de políticas
- 9 Núcleos de partidos políticos
- 10 Outros. Especificar: _____
- 11 Não sabe

5.3. Para o beneficiário, a participação nessa associação ou grupo é:

- 1 Muito importante
- 2 Pouco importante
- 3 Não tem importância **(pule para 6.1)**

5.4. Gostaria de freqüentar uma dessas associações ou grupos?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

5.5. Por que não freqüenta? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Não conhece nenhuma associação ou grupo
- 2 Não sabe como participar
- 3 Tem dificuldade de locomoção
- 4 A associação ou grupo é muito distante de casa
- 5 Outro motivo. Qual? _____
- 6 Não sabe

VI. PROTEÇÃO SOCIAL

6.1. Recebe algum tipo de ajuda de associação/grupo da sua comunidade/bairro?

- 1 Sim
- 2 Não **(pule para 6.4)**

6.2. Qual ajuda? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Recebe ajuda em dinheiro
- 2 Recebe alimentos
- 3 Recebe artigos de uso pessoal (fraldas, artigos de higiene)
- 4 Recebe medicamentos
- 5 Recebe assistência médica (consultas, fisioterapia, exames)
- 6 Recebe apoio psicológico
- 7 Recebe apoio espiritual

8 Participa de atividades educacionais e recreativas

9 Outros. Especificar: _____

6.3. Na sua opinião, essa ajuda é:

1 Excelente

2 Boa

3 Regular

4 Ruim

5 Péssima

6 Não sabe

6.4. Conta com algum tipo de apoio de seus familiares para cuidar do beneficiário?

1 Sim

2 Não (**pule para 6.8**)

6.5. Que tipo de apoio recebe de seus familiares para cuidar do beneficiário? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

1 Financeiro

2 Asseio e higiene pessoal

3 Serviços domésticos

4 Locomoção para tratamento de saúde

5 Resolução de problemas de administração do cotidiano (ex.: ida a supermercado, banco, etc.)

6 Companhia

7 Outros. Especificar: _____

6.6. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança neste apoio recebido para cuidar do beneficiário?

1 Sim

2 Não (**pule para 6.8**)

3 Não sabe (**pule para 6.8**)

6.7. Quais foram as mudanças percebidas? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

1 Família deixou de prestar ajuda por considerar que o valor do benefício já era suficiente para cobrir as necessidades do beneficiário

2 Agregou novos membros dado o aumento da renda proporcionado pelo BPC

3 Outras. Especificar: _____

6.8. Conta com algum tipo de apoio de sua vizinhança para cuidar do beneficiário?

1 Sim

2 Não (**pule para 6.12**)

6.9. Que tipo de apoio recebe da vizinhança para cuidar do beneficiário? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

1 Financeiro

2 Asseio e higiene pessoal

3 Serviços domésticos

4 Locomoção para tratamento de saúde

5 Resolução de problemas de administração do cotidiano (ex.: ida a supermercado, banco, etc.)

6 Companhia

7 Outros. Especificar: _____

8 Não se aplica

6.10. Após o recebimento do BPC, percebeu alguma mudança no apoio recebido de seus vizinhos?

- 1 Sim
2 Não (pule para 6.12)
3 Não sabe (pule para 6.12)

6.11. Quais foram as mudanças percebidas? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Vizinhos deixaram de ajudar por entender que o valor do benefício já era suficiente para cobrir as necessidades
2 Agregou novos membros dado o aumento da renda proporcionado pelo BPC
3 Outras. Especificar: _____

6.12. Quais os serviços públicos que o beneficiário usa? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Escolas
2 Unidades de saúde
3 Creches
4 CRAS
5 CREAS
6 Outros serviços. Especificar nome: _____
7 Não usa nenhum serviço

6.13. Quais serviços públicos o beneficiário precisaria usar e não usa? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Escola
2 Unidade de saúde
3 Creche
4 CRAS
5 CREAS
6 Outros serviços. Quais? _____
7 Não precisa (pule para 6.15)

6.14. Por que não usa? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Porque o serviço é longe de casa
2 Porque não é bem atendido
3 Porque tem dificuldade de locomoção para chegar ao serviço
4 Porque o serviço demora para atender
5 Outro motivo. Qual: _____
6 Não sabe

6.15. Qual a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelos serviços públicos?

	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não sabe
1 Escolas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2 Unidades de saúde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3 Centros sociais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4 Creches	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5 CRAS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6 CREAS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 Outros serviços (*)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

(*) Indicados no item 6.12

6.16. Nos serviços públicos de sua comunidade existe algum tipo de apoio para:

Idosos:

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 6.20)
- 3 Não sabe (pule para 6.20)

Pessoas com deficiência:

- 4 Sim
- 5 Não (pule para 6.20)
- 6 Não sabe (pule para 6.20)

Nome do(s) serviço(s): _____

6.17. O beneficiário usa ou já usou esses serviços?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 6.19)

6.18. Na sua opinião, a qualidade destes serviços é:

- 1 Excelente
- 2 Boa
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Péssima
- 6 Não sabe (pule para 6.20)

6.19. Por que não usa? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Porque não precisa
- 2 Porque o serviço é longe de casa
- 3 Porque não é bem atendido
- 4 Porque tem dificuldade de locomoção para chegar ao serviço
- 5 Porque o serviço demora para atender
- 6 Porque não sabe onde fica
- 7 Outro motivo. Qual? _____
- 8 Não sabe

6.20. O beneficiário já passou por alguma revisão do BPC?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 6.23)
- 3 Não sabe (pule para 6.23)

6.21. Alguma coisa mudou depois da revisão?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 6.23)
- 3 Não sabe

6.22. O que mudou? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Perdeu o benefício
- 2 Recebeu outro benefício da Prefeitura
- 3 Recebeu complementação de renda
- 4 Passou a ser atendido pelo CRAS
- 5 Passou a ser atendido pelo CREAS
- 6 Passou a ser atendido por outros serviços
- 7 Nada mudou
- 8 Outro. Especificar: _____
- 9 Não sabe

6.23. O beneficiário já recebeu a visita de um assistente social em casa?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 6.27**)
- 3 Não sabe (**pule para 6.27**)

6.24. Qual era o objetivo da visita?

- 1 Fazer revisão do benefício
- 2 Fazer avaliação social do INSS antes do início do benefício
- 3 Saber das necessidades do beneficiário
- 4 Outro. Especificar: _____

6.25. Alguma coisa mudou depois da visita?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 6.27**)
- 3 Não sabe (**pule para 6.27**)

6.26. O que mudou? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Perdeu o benefício
- 2 Recebeu o benefício
- 3 Recebeu outro benefício da Prefeitura
- 4 Recebeu complementação de renda
- 5 Passou a ser atendido pelo CRAS
- 6 Passou a ser atendido pelo CREAS
- 7 Passou a ser atendido por outros serviços
- 8 Nada mudou
- 9 Outro. Especificar: _____
- 10 Não sabe

6.27. Conhece ou já ouviu falar do CRAS?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 6.32**)
- 3 Não sabe (**pule para 6.32**)

6.28. Como conheceu ou soube do CRAS?

- 1 Por familiares, vizinhos ou amigos

- 2 Por indicação da agência do INSS
- 3 Por indicação do serviço de saúde
- 4 Por indicação da prefeitura
- 5 Por indicação de vereadores/políticos
- 6 Por indicação de associações
- 7 Pela visita em casa de um assistente social
- 8 Outro. Qual? _____

6.29. Frequenta ou já freqüentou o CRAS?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 6.32**)
- 3 Não sabe (**pule para 6.32**)

6.30. Para que? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Para procurar ajuda para alguma necessidade
- 2 Para receber algum benefício
- 3 Para freqüentar grupo de apoio
- 4 Para freqüentar atividade recreativa
- 5 Para freqüentar oficina de capacitação
- 6 Não sabe
- 7 Outro motivo. Qual? _____

6.31. Na sua opinião, o atendimento foi / é:

- 1 Excelente
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Ruim
- 5 Péssimo
- 6 Não sabe

6.32. Existe alguma necessidade do beneficiário que não é atendida pelos serviços públicos?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 6.34**)
- 3 Não sabe (**pule para 6.34**)

6.33. Quais? (MARQUE AS 3 MAIS IMPORTANTES)

- 1 Escola para o beneficiário
- 2 Medicamentos
- 3 Órteses e próteses
- 4 Artigos de higiene e uso pessoal
- 5 Equipamentos para acessibilidade em casa
- 6 Alimentação especial
- 7 Ajuda para locomoção
- 8 Transporte para locomoção
- 9 Ajuda em casa

- 10 Esporte, recreação e lazer
11 Tratamento psicológico
12 Apoio para resolução de problemas do dia a dia (ex.: ida a supermercado, banco, etc.)
13 Companhia
14 Outra(s). Especificar: _____
15 Não sabe

6.34. O que considera mais difícil no dia-a-dia do beneficiário? (MARQUE AS 3 MAIS IMPORTANTES)

- 1 Alimentar-se
2 Tomar banho
3 Utilizar banheiro
4 Tomar remédios
5 Caminhar dentro de casa
6 Sair à rua
7 Fazer compras e pagamentos
8 Ir ao médico
9 Realizar as tarefas de casa
10 Ficar sozinho durante o dia
11 Dormir sozinho à noite
12 Morar sozinho
13 Outras. Especificar: _____
14 Não sabe

6.35. Na sua opinião, o que deveria ser feito para melhorar a situação dos beneficiários do BPC em seu município?

VII. CONCEPÇÃO SOBRE O BPC

7.1. O beneficiário (ou seu representante) considera que o BPC é (MARQUE APENAS UMA OPÇÃO):

- 1 Um direito dos idosos e de pessoas com deficiência
2 Uma ajuda do poder público
3 Outro. Especificar: _____

7.2. A partir do recebimento do BPC, que mudanças ocorreram na vida do beneficiário? (MARQUE QUANTAS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Melhorou a qualidade de vida e a auto-estima
2 Adquiriu bens
3 Melhorou as condições de moradia
4 Permitiu acesso a serviços de atendimento médico e outros
5 Permitiu a compra de medicamentos
6 Permitiu contribuir para a manutenção dos membros do núcleo familiar e da rede de parentesco
7 Permitiu participar de atividades sociais
8 Permitiu participar das associações e conselhos comunitários
9 Não houve mudança
10 Outros. Especificar: _____
11 Não sabe

7.3. Na sua opinião, o recebimento do BPC alterou o respeito que as pessoas em geral têm em relação ao beneficiário?

- 1 Sim, hoje sou mais respeitado pelas pessoas
- 2 Não, sinto que recebo o mesmo tipo de tratamento que recebia anteriormente
- 3 Não, acho que as pessoas não têm respeito por mim
- 4 Não, as pessoas em geral não sabem que recebo o benefício
- 5 Não sabe informar

7.4. Depois do BPC ficou mais fácil tomar decisões no dia-a-dia?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

7.5 Considera o valor do benefício suficiente para suprir as necessidades do beneficiário?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

Gostaria de fazer outras observações?

AGRADECEMOS A PARTICIPAÇÃO!

Observações do Entrevistador

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.1. Tipo de questionário: | 3 |

1.2. Número do Questionário: |__ . __|

1.3. Município: _____

1.4. Nome do CRAS: _____

1.5. Data da entrevista: |__|_|/|__|_|/|__|_|_|_|

1.6. Local da entrevista: _____

1.7. Entrevistador: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

(PARTE A) (continua no final)

2.1. Nome do entrevistado: _____

2.2. Profissão: _____

2.3. Cargo no CRAS: _____

III. SOBRE O BPC

3.1. Quantos beneficiários do BPC estão registrados neste CRAS?

1 **Idosos:**

Não há

Não sabe

2 **Pessoas com deficiência:**

Não há

Não sabe

3 **Total:**

3.2. Que tipo de problemas os beneficiários do BPC enfrentam para acessar o benefício em seu município? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Demora para marcação da perícia médica
- 2 Demora para receber o benefício
- 3 Atraso no pagamento
- 4 Distância entre a residência do requerente e as agências do INSS
- 5 Falta de orientação adequada
- 6 Excesso de burocracia
- 7 Atendimento desumanizado no INSS
- 8 Outros. Quais? _____
- 9 Não sabe

3.3. O CRAS utiliza as informações sobre o BPC para identificar necessidades de idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.4. O CRAS utiliza as informações do CAD ÚNICO (Cadastro Único para Programas Sociais) para identificar necessidades de idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.5. Existe no CRAS algum mecanismo de avaliação / acompanhamento do BPC?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 3.7**)
- 3 Não sabe (**pule para 3.7**)
- 4 Qual (is) _____

3.6. Na sua opinião, esse(s) mecanismo(s) é (são):

- 1 Plenamente satisfatórios
- 2 Parcialmente satisfatórios
- 3 Insatisfatórios
- 4 Não sabe

3.7. O CRAS possui serviços dirigidos a idosos ou pessoas com deficiência?

- 1 Sim, para idosos e pessoas com deficiência
- 2 Sim, só para idosos
- 3 Sim, só para pessoas com deficiência
- 4 Não, nem para idosos nem para pessoas com deficiência (**pule para 3.9**)

3.8. Preencha o quadro abaixo com algumas características desses serviços.

NOME: NOME DO SERVIÇO

PÚBLICO-ALVO: SE O SERVIÇO É PARA IDOSOS ou PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

TIPO: SE O SERVIÇO É PRIVADO (seja lucrativo, beneficente ou filantrópico) OU PÚBLICO

COBERTURA BPC: SE O SERVIÇO ATENDE BENEFICIÁRIOS DO BPC

AVALIAÇÃO: COMO AVALIA A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO EM: **E** (EXCELENTE); **B** (BOM); **Re** (REGULAR); **Ru** (RUIM) E **P** (PÉSSIMO)

NOME DO SERVIÇO	PÚBLICO ALVO		TIPO		COBERTURA BPC		AVALIAÇÃO				
	IDOSO	PCD	PRI	PÚB	SIM	NÃO	E	B	Re	Ru	P

3.9. Considera que os serviços prestados para beneficiários do BPC no CRAS são suficientes?

- 1 Sim (pule para 3.11)
2 Não
3 Não sabe

3.10. Que outros serviços seriam necessários para os beneficiários do BPC nos CRAS?

3.11. Considera que os CRAS devem oferecer serviços específicos para os beneficiários do BPC?

- 1 Sim
2 Não
3 Não sabe

3.12. O CRAS tem planos para criar serviços específicos para os beneficiários do BPC?

- 1 Sim. Em que prazo? _____
2 Não
3 Não sabe

3.13. Que serviços específicos para os beneficiários do BPC seriam prioritários nos CRAS?

3.14. Que dificuldades tem o CRAS para desenvolver esses serviços? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
2 Falta de recursos humanos
3 Dificuldades técnicas. Quais? _____

4 Dificuldades políticas. Quais? _____

5 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.15. Que serviços a secretaria de assistência social deveria criar para beneficiários do BPC?

- A secretaria de assistência social não deveria criar serviços para beneficiários do BPC

3.16. Que dificuldades tem a secretaria para desenvolver esses serviços? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
- 2 Falta de recursos humanos
- 3 Dificuldades técnicas. Quais? _____

- 4 Dificuldades políticas. Quais? _____

- 5 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.17. O CRAS tem parcerias formais com o CREAS para implementar serviços de atendimento a idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim, para idosos e pessoas com deficiência
- 2 Sim, somente para idosos
- 3 Sim, somente para pessoas com deficiência
- 4 Não (**pule para 3.19**)
- 5 Não sabe (**pule para 3.19**)

3.18. Que parcerias formais são essas?

3.19. Considera que seria importante para o CRAS desenvolver parcerias com os CREAS?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.20. Em sua opinião, quais são as dificuldades para a realização de parcerias entre os CRAS e os CREAS? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
- 2 Falta de recursos humanos
- 3 Falta de espaço físico
- 4 Dificuldades técnicas. Quais? _____

- 5 Dificuldades políticas. Quais? _____

- 6 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.21. Que benefícios o CRAS oferece que podem ser acessados por beneficiários do BPC? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS). Indique o órgão da prefeitura ou instituição conveniada responsável por ofertar os benefícios oferecidos.

	BENEFÍCIO	ÓRGÃO DA PREFEITURA ou INSTITUIÇÃO CONVENIADA
1	<input type="checkbox"/> Complementação de renda	
2	<input type="checkbox"/> Órteses e próteses	
3	<input type="checkbox"/> Cadeiras de rodas e outros equipamentos para locomoção	
4	<input type="checkbox"/> Artigos de higiene e uso pessoal	
5	<input type="checkbox"/> Equipamentos para acessibilidade em casa	
6	<input type="checkbox"/> Alimentação especial	
7	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para ajuda na locomoção	
8	<input type="checkbox"/> Transporte para locomoção	
9	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para ajuda em casa nas tarefas domésticas	
10	<input type="checkbox"/> Atividades de recreação e lazer	
11	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para resolução de problemas do dia a dia (ex.: ida a supermercado, banco, etc.)	
12	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para companhia em casa	
13	<input type="checkbox"/> Projetos de geração de renda	
14	<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
15	<input type="checkbox"/> O CRAS não oferece benefícios	

3.22. Considera que este CRAS tem acessibilidade apropriada para receber os usuários?

- 1 Sim (pule para 3.24)
 2 Não
 3 Não sabe

3.23. Existem planos para garantir acessibilidade apropriada para receber os usuários?

- 1 Sim. Em que prazo? _____
 2 Não
 3 Não sabe

3.24. Conhece o programa BPC na escola?

- 1 Sim
 2 Não (pule para 4.1)

3.25. A prefeitura já adotou esse programa?

- 1 Sim (pule para 3.27)
 2 Não
 3 Não sabe (pule para 4.1)

3.26. Existe plano da prefeitura para inserir essas crianças?

- 1 Sim
2 Não (pule para 4.1)
3 Não sabe (pule para 4.1)

3.27. O CRAS participa do Programa BPC na Escola? Como?

IV. ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUAS

4.1. Em sua opinião, qual o papel da secretaria de assistência social em relação ao BPC?

4.2. Em sua opinião ela vem desempenhando esse papel?

- 1 Sim (pule para 4.4)
2 Não
3 Não sabe (pule para 4.4)

4.3. Em sua opinião, por que a secretaria não vem desempenhando esse papel? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Por restrições orçamentárias
2 Por falta de recursos humanos
3 Por falta de espaço físico
4 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

5 Por dificuldades políticas. Quais? _____

6 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.4. Em sua opinião, qual o papel dos CRAS na assistência aos beneficiários do BPC?

4.5. Em sua opinião, os CRAS vêm desempenhando esse papel?

- 1 Sim (pule para 4.7)
2 Não
3 Não sabe (pule para 4.7)

4.6. Em sua opinião, por que os CRAS não vêm desempenhando esse papel? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS FOREM VERDADEIRAS)

- 1 Por restrições orçamentárias
2 Por falta de recursos humanos
3 Por falta de espaço físico

4 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

5 Por dificuldades políticas. Quais? _____

6 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.7. O CRAS tem planos para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC?

- 1 Sim
2 Não (**pule para 4.10**)
3 Não sabe (**pule para 4.10**)

4.8. Que planos são esses?

4.9. Esses planos estão formalizados em algum documento?

- 1 Sim. Qual? _____
2 Não
3 Não sabe

4.10. Quem participa normalmente da discussão dos planos e projetos do CRAS? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 O Secretário de Assistência Social
2 Os assessores do secretário
3 Os coordenadores dos CRAS
4 Os coordenadores de CREAS
5 Os dirigentes de instituições conveniadas
6 O Conselho de Assistência Social
7 Representantes de entidades profissionais
8 Vereadores
9 Representantes comunitários
10 Representantes de movimentos sociais
11 Outros. Quem? _____
12 Não sabe

4.11. Qual é o papel do nível estadual na implementação do BPC? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Apoio técnico aos municípios
2 Apoio financeiro aos municípios
3 Implementação de serviços para beneficiários do BPC
4 O nível estadual não deve participar da implementação do BPC nos municípios
5 Outro. Qual? _____
6 Não sabe

4.12. Em geral, considera que o Governo do Estado do Rio de Janeiro vem desempenhando esse papel?

- 1 Sim **(pule para 4.14)**
2 Não
3 Não sabe **(pule para 4.14)**

4.13. Em sua opinião, por que o Governo do Estado do Rio de Janeiro não vem desempenhando esse papel?

- 1 Por restrições orçamentárias
2 Por falta de recursos humanos
3 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

4 Por dificuldades políticas. Quais? _____

5 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.14. Considera que a criação do Sistema Único de Assistência Social trouxe benefícios para a assistência social de seu município?

- 1 Sim
2 Não **(pule para 4.16)**
3 Não sabe **(pule para 4.16)**

4.15. Quais benefícios?

4.16. Considera que o Sistema Único de Assistência Social apresenta ainda limitações?

- 1 Sim
2 Não **(pule para 4.18)**
3 Não sabe **(pule para 4.18)**

4.17. Que limitações identifica no Sistema Único de Assistência Social?

4.18. Como avalia o desempenho do seu CRAS na implementação do Sistema único de Assistência Social?

- 1 Excelente
2 Bom
3 Regular
4 Insuficiente
5 Não sabe

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

(PARTE B)

2.4. Vínculo trabalhista com a assistência social do município:

- 1 Celetista
- 2 Celetista e comissionado
- 3 Estatutário
- 4 Estatutário e comissionado
- 5 Sem vínculo e comissionado
- 6 Outro: Qual? _____

2.5. Escolaridade:

- 1 Sem instrução a menos de 1 ano de estudo
- 2 1 a 3 anos
- 3 4 a 7 anos
- 4 8 a 10 anos
- 5 11 anos ou mais
- 6 Não determinado

2.6: Sexo:

- 1 Masculino
- 2 Feminino

2.7. Raça/Cor:

- 1 Branca
- 2 Preta
- 3 Parda
- 4 Amarela
- 5 Indígena

2.8. Tempo de gestão: _____ ANOS e _____ MESES

2.9. Idade: _____ ANOS

Outras observações que o entrevistado considere relevantes

AGRADECEMOS A PARTICIPAÇÃO!

Observações do entrevistador

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1.1. Tipo de questionário: | 2 |

1.2. Número do Questionário: |__ . __|

1.3. Município: _____

1.4. Data da entrevista: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

1.5. Local da entrevista: _____

1.6. Entrevistador: _____

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

(PARTE A) (continua no final)

2.1. Nome do entrevistado: _____

2.2. Profissão: _____

III. SOBRE O BPC

3.1. Quantos beneficiários do BPC existem atualmente no seu município?

1 **Idosos:** Não há Não sabe2 **Pessoas com deficiência:** Não há Não sabe3 **Total:**

3.2. Que tipos de problemas os beneficiários do BPC enfrentam para acessar o benefício em seu município? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

1 Demora para marcação da perícia médica2 Demora para receber o benefício3 Atraso no pagamento4 Distância entre a residência do requerente e as agências do INSS5 Falta de orientação adequada6 Excesso de burocracia7 Atendimento desumanizado no INSS8 Outros. Quais? _____9 Não sabe

3.3. A secretaria de assistência utiliza as informações sobre o BPC para identificar necessidades de idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.4. A secretaria de assistência utiliza as informações do CAD ÚNICO (Cadastro Único para Programas Sociais) para identificar necessidades de idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.5. Existe na secretaria de assistência algum mecanismo de avaliação/acompanhamento do BPC?

- 1 Sim. Qual (is)? _____
- 2 Não **(pule para 3.7)**
- 3 Não sabe **(pule para 3.7)**

3.6. Na sua opinião, esse(s) mecanismo(s) é (são):

- 1 Plenamente satisfatório(s)
- 2 Parcialmente satisfatório(s)
- 3 Insatisfatório(s)
- 4 Não sabe

3.7. Existem no município serviços dirigidos a idosos ou pessoas com deficiência?

- 1 Sim, para idosos e pessoas com deficiência
- 2 Sim, só para idosos
- 3 Sim, só para pessoas com deficiência
- 4 Não, nem para idosos nem para pessoas com deficiência **(pule para 3.9)**

3.8. Preencha o quadro abaixo com algumas características desses serviços.

NOME: NOME DO SERVIÇO

PÚBLICO-ALVO: SE O SERVIÇO É PARA IDOSOS ou PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

TIPO: SE O SERVIÇO É PRIVADO (seja lucrativo, beneficente ou filantrópico) OU PÚBLICO

RECURSOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: SE O SERVIÇO CONTA COM RECURSOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MUNICÍPIO.

COBERTURA BPC: SE O SERVIÇO ATENDE BENEFICIÁRIOS DO BPC

AVALIAÇÃO: COMO AVALIA A QUALIDADE DO SERVIÇO PRESTADO EM: **E** (EXCELENTE); **B** (BOM); **Re** (REGULAR); **Ru** (RUIM) E **P** (PÉSSIMO)

NOME DO SERVIÇO	PÚBLICO ALVO		TIPO		RECURSOS DA ASSISTÊNCIA		COBERTURA BPC		AVALIAÇÃO				
	IDOSO	PCD	PRI	PÚB	SIM	NÃO	SIM	NÃO	E	B	Re	Ru	P

3.9. Considera que os serviços prestados para beneficiários do BPC no município são suficientes?

- 1 Sim (pule para 3.11)
2 Não
3 Não sabe

3.10. Que outros serviços seriam necessários para os beneficiários do BPC?

- 1 Serviços de saúde
2 Serviços de assistência social
3 Serviços de educação
4 Serviços de cultura e lazer
5 Outros. Quais? _____
6 Não sabe

3.11. Considera que a prefeitura deve oferecer serviços específicos para os beneficiários do BPC?

- 1 Sim
2 Não (pule APENAS a 3.13)
3 Não sabe (pule APENAS a 3.13)

3.12. A prefeitura tem planos para criar serviços específicos para os beneficiários do BPC?

- 1 Sim
2 Não
3 Não sabe

3.13. Que serviços específicos para os beneficiários do BPC seriam prioritários? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Serviços de saúde
2 Serviços de assistência social
3 Serviços de educação
4 Serviços de cultura e lazer
5 Outros. Quais? _____
6 Não sabe

3.14. Que dificuldades a prefeitura tem para desenvolver esses serviços? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
2 Falta de Espaço físico
3 Falta de recursos humanos
4 Dificuldades técnicas. Quais? _____

5 Dificuldades políticas. Quais? _____

6 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.15. Entre os serviços próprios da assistência social, quais seriam necessários?

Não são necessários novos serviços de assistência social

3.16. Que dificuldades a secretaria de assistência social tem para desenvolver esses serviços? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
- 2 Falta de recursos humanos
- 3 Dificuldades técnicas. Quais? _____

- 4 Dificuldades políticas. Quais? _____

- 5 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.17. A secretaria de assistência possui parcerias/acordos formais com outros municípios para implementar serviços de atendimento a idosos e pessoas com deficiência?

- 1 Sim, para idosos e pessoas com deficiência
- 2 Sim, somente para idosos
- 3 Sim, somente para pessoas com deficiência
- 4 Não (**pule para 3.19**)
- 5 Não sabe (**pule para 3.19**)

3.18. Que parcerias/acordos formais são esses, e com quais municípios?

3.19. Considera que seria importante para a secretaria de assistência desenvolver essas parcerias/acordos?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.20. Em sua opinião, quais são as dificuldades para realizar essas parcerias/acordos? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Restrições orçamentárias
- 2 Falta de recursos humanos
- 3 Dificuldades técnicas. Quais? _____

- 4 Dificuldades políticas. Quais? _____

- 5 Outras dificuldades institucionais. Quais? _____

3.21. Que benefícios a Prefeitura oferece que podem ser acessados por beneficiários do BPC? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS). Indique o órgão da prefeitura ou instituição conveniada responsável por ofertar os benefícios oferecidos.

	BENEFÍCIO	ÓRGÃO DA PREFEITURA ou INSTITUIÇÃO CONVENIADA
1	<input type="checkbox"/> Complementação de renda	
2	<input type="checkbox"/> Órteses e próteses	
3	<input type="checkbox"/> Cadeiras de rodas e outros equipamentos para locomoção	
4	<input type="checkbox"/> Artigos de higiene e uso pessoal	
5	<input type="checkbox"/> Equipamentos para acessibilidade em casa	
6	<input type="checkbox"/> Alimentação especial	
7	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para ajuda na locomoção	
8	<input type="checkbox"/> Transporte para locomoção	
9	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para ajuda em casa nas tarefas domésticas	
10	<input type="checkbox"/> Atividades de esporte, recreação e lazer	
11	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para resolução de problemas do dia a dia (ex.: ida a supermercado, banco, etc.)	
12	<input type="checkbox"/> Apoio com pessoal para companhia em casa	
13	<input type="checkbox"/> Projetos de geração de renda	
14	<input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____	
15	<input type="checkbox"/> A Prefeitura não oferece benefícios	

3.22. Considera que os equipamentos da Assistência Social neste município têm acessibilidade apropriada para receber os usuários?

- 1 Sim, todos os equipamentos têm acessibilidade apropriada (**pule para 3.24**)
- 2 Sim, quase todos os equipamentos têm acessibilidade apropriada
- 3 Sim, apenas alguns equipamentos têm acessibilidade apropriada
- 4 Não, nenhum equipamento tem acessibilidade apropriada
- 5 Não sabe

3.23. A prefeitura tem planos para garantir acessibilidade apropriada dos usuários aos equipamentos da Assistência Social?

- 1 Sim. Em que prazo? _____
- 2 Não
- 3 Não sabe

3.24. Conhece o programa BPC na Escola?

- 1 Sim
- 2 Não (**pule para 3.26**)

3.25. A prefeitura já adotou esse programa?

- 1 Sim

- 2 Não
3 Não sabe

3.26. Sabe quantas crianças com deficiência beneficiárias do BPC em seu município estão fora da escola?

- 1 Sim. Quantas? _____
2 Não
3 Não sabe

3.27. Existe plano da prefeitura para inserir essas crianças na escola?

- 1 Sim. Em que prazo? _____
2 Não
3 Não sabe

IV. ASSISTÊNCIA SOCIAL E SUAS

4.1. Em sua opinião, qual o papel da secretaria de assistência social em relação ao BPC?

4.2. Em sua opinião, a Secretaria de Assistência Social vem desempenhando esse papel?

- 1 Sim (pule para 4.4)
2 Não
3 Não sabe

4.3. Em sua opinião, por que a secretaria não vem desempenhando esse papel? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Por restrições orçamentárias
2 Por falta de espaço físico
3 Por falta de recursos humanos
4 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

5 Por dificuldades políticas. Quais? _____

6 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.4. Em sua opinião, qual o papel dos CRAS na assistência aos beneficiários do BPC?

4.5. Em sua opinião, os CRAS vêm desempenhando esse papel?

- 1 Sim (pule para 4.7)
2 Não
3 Não sabe

4.6. Em sua opinião, por que os CRAS não vêm desempenhando esse papel? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Por restrições orçamentárias
- 2 Por falta de espaço físico
- 3 Por falta de recursos humanos
- 4 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

- 5 Por dificuldades políticas. Quais? _____

- 6 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.7. A secretaria de assistência tem planos para melhorar sua atuação junto aos beneficiários do BPC?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 4.10)
- 3 Não sabe (pule para 4.10)

4.8. Que planos são esses?

4.9. Esses planos estão formalizados em algum documento?

- 1 Sim. Qual? _____
- 2 Não
- 3 Não sabe

4.10. Quem participa normalmente da discussão dos planos e projetos da secretaria de assistência de seu município? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 O prefeito
- 2 Os assessores do secretário
- 3 Os coordenadores dos CRAS
- 4 Os coordenadores de CREAS
- 5 Os dirigentes de instituições conveniadas
- 6 O Conselho de Assistência Social
- 7 Representantes de entidades profissionais
- 8 Vereadores
- 9 Representantes comunitários
- 10 Representantes de movimentos sociais
- 11 Outros. Quem? _____
- 12 Não sabe

4.11. Qual é o papel do nível estadual na implementação do BPC? (MARQUE TODAS AS ALTERNATIVAS VERDADEIRAS)

- 1 Apoio técnico aos municípios
- 2 Apoio financeiro aos municípios
- 3 Implementação de serviços para beneficiários do BPC
- 4 O nível estadual não deve participar da implementação do BPC nos municípios
- 5 Outro. Qual? _____
- 6 Não sabe

4.12. Em geral, considera que o Governo do Estado do Rio de Janeiro vem desempenhando esse papel?

- 1 Sim (pule para 4.14)
- 2 Não
- 3 Não sabe

4.13. Em sua opinião, por que o Governo do Estado do Rio de Janeiro não vem desempenhando esse papel?

- 1 Por restrições orçamentárias
- 2 Por falta de recursos humanos
- 3 Por dificuldades técnicas. Quais? _____

- 4 Por dificuldades políticas. Quais? _____

- 5 Por outras dificuldades institucionais. Quais? _____

4.14. Considera que a criação do Sistema Único de Assistência Social trouxe benefícios para a assistência social de seu município?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 4.16)
- 3 Não sabe (pule para 4.16)

4.15. Quais benefícios?

4.16. Considera que o Sistema Único de Assistência Social apresenta ainda limitações?

- 1 Sim
- 2 Não (pule para 4.18)
- 3 Não sabe (pule para 4.18)

4.17. Que limitações identifica no Sistema Único de Assistência Social?

4.18. Como avalia o desempenho do seu município na implementação do Sistema Único de Assistência Social?

- 1 Excelente
- 2 Bom
- 3 Regular
- 4 Insuficiente
- 5 Não sabe

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

(PARTE B)

2.3. Vínculo trabalhista com a assistência social do município:

- 1 Celetista
- 2 Celetista e comissionado
- 3 Estatutário
- 4 Estatutário e comissionado
- 5 Sem vínculo e comissionado
- 6 Outro: Qual? _____

2.4. Escolaridade:

- 1 Sem instrução a menos de 1 ano de estudo
- 2 1 a 3 anos
- 3 4 a 7 anos
- 4 8 a 10 anos
- 5 11 anos ou mais
- 6 Não determinado

2.5. Sexo:

- 1 Masculino
- 2 Feminino

2.6. Raça/Cor:

- 1 Branca
- 2 Preta
- 3 Parda
- 4 Amarela
- 5 Indígena

2.7. Partido político: | _ | _ | _ | _ | _ | **Coligação:** _ | _ | _ | _ | _ |

2.8. Tempo de gestão: _____ ANOS e _____ MESES

2.9. Idade: _____ ANOS

Outras observações que o entrevistado considere relevantes:

AGRADECEMOS A PARTICIPAÇÃO !

Observações do Entrevistador



Ministério da Educação
Universidade Federal Fluminense
Escola de Serviço Social
Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social
Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais

Niterói, 15 de agosto de 2011.

Prezado(a) Sr.(a) Secretário(a) Municipal de Assistência Social,

O Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense desenvolve a pesquisa intitulada “**Assistência Social e Construção de Direitos no Estado do Rio de Janeiro: Avaliação a partir da Experiência do Benefício de Prestação Continuada – BPC**”, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). O objetivo da pesquisa é analisar a incorporação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A pesquisa será realizada em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, selecionados segundo região, porte e tipo de gestão do SUAS. Serão aplicados questionários a profissionais e gestores das Secretarias Municipais de Assistência Social ou congêneres, conselheiros do Conselho Municipal de Assistência Social e beneficiários do BPC. As entrevistas têm cunho estritamente acadêmico e os respondentes não serão identificados.

Seu município foi um dos selecionados, e sua participação é muito importante para o conhecimento dos problemas e desafios da Assistência Social em nosso Estado.

Gostaríamos de agendar uma data para que um de nossos pesquisadores possa entrevistá-lo (a) e/ou entrevistar profissionais indicados, durante os meses de setembro e outubro do presente ano. Em anexo enviamos a cópia do projeto de pesquisa e os instrumentos de coleta de dados (questionários).

Pedimos por gentileza que nos envie uma resposta acusando o recebimento deste material e dos anexos, para os e-mails: (email da secretaria e do entrevistador).

Certos de contarmos com a sua colaboração, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Profª Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Coordenadora da Pesquisa



Ministério da Educação
Universidade Federal Fluminense
Escola de Serviço Social
Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social
Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais

**Pesquisa Assistência Social e Construção de Direitos no Estado do Rio de Janeiro:
avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

PREZADO(A) SENHOR(A),

O Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense está realizando o Projeto de Pesquisa “Assistência Social e Construção de Direitos no Estado do Rio de Janeiro: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC”.

A pesquisa tem como objetivo avaliar o processo de construção da assistência social no Estado do Rio de Janeiro através de um de seus principais benefícios, o BPC. Para tanto, estamos realizando entrevistas com gestores, coordenadores de CRAS e beneficiários em diversos municípios de várias regiões do Estado.

Sua participação se dará por meio de respostas a um roteiro de questões. Essa participação não é obrigatória e o senhor(a) poderá, a qualquer momento, caso deseje, pedir maiores esclarecimentos ou recusar-se a responder a alguma questão ou ao questionário, bem como desistir a qualquer momento e se retirar sem constrangimentos.

As informações prestadas são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as respostas de outros questionários, garantindo-se que apenas a equipe terá acesso à identificação dos respondentes. A divulgação dos resultados conterà apenas resultados agregados, de forma a impedir a vinculação das suas respostas ao Senhor(a).

Se o(a) senhor(a) desejar obter informações adicionais sobre a pesquisa, esclarecimentos sobre a entrevista ou sobre o preenchimento do questionário, poderá consultar nossa equipe ou a Sra. Fátima de Oliveira Souza, uma das pesquisadoras, nos seguintes telefones: (21) 83736636 e (21) 26292752, e no endereço eletrônico: fatimapj@gmail.com.

Caso concorde com os termos desta solicitação, pedimos que preencha o termo abaixo.

Agradecemos sua atenção.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Declaro estar ciente dos objetivos e das condições de participação na pesquisa “Assistência Social e Construção de Direitos no Estado do Rio de Janeiro: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC”, com os quais concordo.

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador