

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

**LUZIA HELENA GALAXE DE LIMA TAVARES**

**O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
E O ACESSO À ASSISTÊNCIA SOCIAL:  
ANÁLISE DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**NITERÓI/RJ  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**LUZIA HELENA GALAXE DE LIMA TAVARES**

**O Benefício de Prestação Continuada e o Acesso à Assistência Social:  
Análise de municípios do Estado do Rio de Janeiro**

**DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**NITERÓI/RJ  
2014**

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

**O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA  
E O ACESSO À ASSISTÊNCIA SOCIAL:  
ANÁLISE DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Tese apresentada pela aluna Luzia Helena Galaxe de Lima Tavares como requisito parcial para 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  
Agosto/2014

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá**

**T231 TAVARES, LUZIA HELENA GALAXE DE LIMA.**

O benefício de prestação continuada e o acesso à assistência social: análise de municípios do Estado do Rio de Janeiro / Luzia Helena Galaxe de Lima Tavares. – 2014.

202 f.

Orientadora: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

Bibliografia: f. 135-148.

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

CDD 362.63

**LUZIA HELENA GALAXE DE LIMA TAVARES**

**O Benefício de Prestação Continuada e o Acesso à Assistência Social:  
Análise de municípios do Estado do Rio de Janeiro**

Aprovada em 25 de Agosto de 2014.

**BANCA EXAMINADORA**

---

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

---

**Prof. Dr. Márcio Eduardo Brotto - Examinador**  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC/RJ

---

**Profa. Dra. Daniele Mendonça Ferreira- Examinadora**  
Universidade Federal Fluminense – UFF

---

**Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna - Examinadora**  
Universidade Federal Fluminense - UFF

---

**Profa. Dra. Tatiana Maria Araújo da Fonseca - Examinadora**  
Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM

**Ao meu pai,  
José Barros Lima  
(*in memoriam*), exemplo de  
bondade e simplicidade.  
Muitas saudades!**

## AGRADECIMENTOS

“Parece que foi ontem...”. Essa frase, muito usada popularmente, se encaixa perfeitamente no meu sentimento de agora.

Embora tenham se passado quatro anos, ainda tenho a sensação de estar começando. Isso porque, de fato, o término do curso não significa o final, mas apenas uma etapa que foi cumprida.

E, nesse caminho percorrido, quero aqui deixar meus agradecimentos:

A Deus, força maior, que guia meus passos ... sempre.

Aos amigos do curso de doutorado em Política Social da Turma 2010.1, que o curso me proporcionou conhecer, e onde fiz muitas amizades, especialmente a Bárbara, Bruno e Jacques. Que bom que conheci vocês!

Aos professores do curso, em especial a orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lenaura de Vasconcelos da C. Lobato, por compartilhar seu saber e ter a paciência e compreensão que em alguns momentos precisei.

Ao amigo e colega de trabalho Prof. Dr. José Nilton de Sousa um agradecimento especial pelas horas, manhãs e tardes, dedicadas a me orientar nas estatísticas, às vezes em momentos tão difíceis da minha caminhada.

À amiga e sempre companheira, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Geralda Freire Marques agradeço o incentivo e a torcida pela vitória.

À banca examinadora, em especial aos professores doutores: Márcio E. Brôtto, Daniele M. Ferreira e Mônica de C. M. Senna pelas preciosas contribuições na banca de qualificação e pela prontidão em enviar-me dados quando solicitei.

Às professoras doutoras:

Tatiana Maria Araújo da Fonseca, Sindely Chahim de Avellar Alchorne e Míriam Fátima Reis pelo aceite ao convite para participar da banca de defesa da tese.

Às amigas do grupo de pesquisa Ariane e Fátima pelo convívio e aprendizado compartilhados.

Aos colegas do curso de outras turmas do mestrado e doutorado pela troca de experiências.

Aos gestores, profissionais do Cras e beneficiários dos municípios do Estado do Rio de Janeiro que integraram esta pesquisa, por sua disponibilidade em fornecer informações.

Também, não poderia deixar de agradecer ao meu filho Eduardo e ao esposo Gil, a compreensão pelos momentos de “*stress*” e ansiedade, que, mesmo sem querer, parecem inevitáveis. Vocês são especiais!

Para concluir, gostaria de agradecer a contribuição de todos que colaboraram para a concretização desse trabalho. Muito obrigada!



“Não faças do amanhã o sinônimo  
do nunca, nem o ontem te seja o  
mesmo que nunca mais.  
Teus passos ficaram.  
Olhes para trás... mas vá em frente  
pois há muitos que precisam que  
chegues para poderem seguir-te”.

*Charles Chaplin*

## RESUMO

O momento sócio-político-econômico atual, causado pela desigualdade social, influencia e acelera as modificações em torno da Política de Assistência Social. Desde as primeiras iniciativas de proteção social até as mais recentes configurações políticas e legais, das quais a mais expressiva é a Lei nº 12.435/11, conhecida como “Lei do Suas” (Sistema Único de Assistência Social), que estabelece ações específicas relacionadas aos serviços. As ações conjuntas em forma de rede de serviços socioassistenciais públicos podem garantir direitos ao conjunto de sujeitos e, em especial, a idosos e pessoas com deficiência por sua condição peculiar. Assim, o problema central investigado diz respeito ao acesso dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) aos serviços socioassistenciais de 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro. A opção metodológica utilizada na pesquisa é a abordagem do tipo qualitativa e quantitativa, articulando procedimentos de pesquisa bibliográfica com procedimentos de pesquisa de campo. A pesquisa de campo foi desenvolvida através da aplicação de questionário junto a três segmentos diferenciados, quais sejam: beneficiários do BPC, profissionais dos Centros de Referência em Assistência Social (Cras) e gestores municipais. A análise dos dados obtidos qualifica o conteúdo das respostas para compreensão dos temas geradores: serviços existentes na rede socioassistencial para beneficiários do BPC e a utilização e adequação desses serviços pelos beneficiários. Foram verificadas as possibilidades e os limites na oferta de serviços no contexto do Sistema Único de Assistência Social, e encontrados avanços na garantia de direitos dos beneficiários, porém indicadas ainda mudanças necessárias a serem realizadas. A tese está dividida em quatro capítulos. A conclusão final da tese é subsidiada pela resposta dos atores pesquisados, onde foram avaliados os condicionantes relacionados à oferta de serviços para beneficiários do BPC, identificando elementos importantes. A partir dos dados obtidos pode-se observar que os gestores municipais, profissionais do Cras e beneficiários reconhecem os direitos estabelecidos em lei, ficando clara a percepção da inexistência de ações suficientes e adequadas ofertadas nos municípios, sendo ainda necessária a compreensão, a valorização e o fortalecimento do trabalho em rede como importante mecanismo para proteção e garantias de direitos de beneficiários do BPC.

**Palavras-chave:** Assistência Social – Benefício da Prestação Continuada – Acesso – Rede Socioassistencial – Serviços.

## **ABSTRACT**

*The current socio-political and economic moment, brought by social difference influences and accelerates the changes around the Social Assistance Policy. Since the first initiatives of social protection to the most recent political and legal settings in which the most significant is the nº 12.435/11 Act known as the "Law of SUAS" (Sistema Único de Assistência Social [SUAS - Single System of Social Assistance]) establishing specific actions related to services. Joint actions in the form of public social assistance services network can guarantee the rights of the population, in particular, the elderly and people with disabilities by their peculiar situation. Thus, the central problem investigated concerns the access of beneficiaries of the Continuous Cash Benefit (BPC - Benefício de Prestação Continuada) to twenty-one counties of the State of Rio de Janeiro. The methodological choice used in this research is the approach of linking qualitative and quantitative procedures literature procedures with field research type. The field research was conducted through a questionnaire with three distinct segments, namely: BPC beneficiaries, Social Assistance Reference Center (Cras - Centro de Referência em Assistência Social) professionals and municipal managers. The data analysis classifies the content of the answers to understanding the main themes: services in the social assistance network to BPC beneficiaries and the use and adequacy of such services by beneficiaries. We checked the possibilities and limits in the application in the context of the Single System of Social Assistance. We found progress in securing rights of beneficiaries, but also indicating changes needed to be made. The thesis is divided into four chapters. The final conclusion of the thesis is subsidized by the answer of actors studies, where the constraints related to the provision of services to beneficiaries of the BPC were evaluated, identifying important elements. From the data obtained it can be observed that municipal managers, Cras professionals and beneficiaries recognize the rights established in law getting clear perception of the lack of sufficient and appropriate actions offered in municipalities is still necessary understanding, appreciation and fortification networking as an important mechanism for protection of rights and guarantees of BPC beneficiaries.*

*Keywords: Social Assistance - Continuous Cash Benefit - Access - Social Assistance Network - Services.*

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Agências da Previdência Social
BE	Benefício Eventual
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CDH	Comissão de Direitos Humanos
Ceperj	Centro Estadual de Estatística, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CF	Constituição Federal
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
Cnis	Cadastro Nacional de Informações Sociais
CPF	Cadastro de Pessoa Física
Cras	Centro de Referência da Assistência Social
Creas	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
Crepop	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
Faperj	Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Loas	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPS	Ministério da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
OG	Organização Governamental

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
Paif	Proteção e Atendimento Integral à Família
PcD	Pessoa com Deficiência
Peaserj	Plano Estadual de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro
Peti	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPA	Plano Plurianual
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SEASDH	Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos
SEDH	Secretaria Estadual de Direitos Humanos
Sinpas	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SSASDG	Subsecretaria de Assistência Social e Desenvolvimento da Gestão
Suas	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TSEE	Tarifa Social de Energia Elétrica
UFF	Universidade Federal Fluminense

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro com os Municípios da pesquisa em destaque .....	85
Figura 2. Mapa do Estado do Rio de Janeiro com os Municípios selecionados por Regiões .....	85
Quadro 1: Principais legislações referentes ao BPC desde 1988 .....	59
Quadro 2. Mudanças no BPC a partir da legislação (Lei nº12.435/2011) .....	64
Quadro 3. Definição das variáveis.....	75
Quadro 4. Categoria, Dimensões, Variáveis e Indicadores.....	78
Quadro 5. Percentual de serviços em relação à população Idosa e PcD.....	123
Tabela 1. Número de respondentes por município (em ordem alfabética).....	83
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos beneficiários do BPC, profissionais do Cras e gestores municipais .....	95
Tabela 3. Perfil trabalhista dos profissionais do Cras e gestores municipais .....	97
Tabela 4. Existência de serviços dirigidos a idosos e PcD segundo Gestor e Cras .....	99
Tabela 5. Existência de serviços públicos de apoio para idoso e PcD segundo Beneficiários .....	99
Tabela 6. Existência de Planos do Cras para criar serviços específicos para beneficiários BPC segundo profissionais do Cras.....	100
Tabela 7. Existência de serviços específicos pelo Cras segundo profissionais do Cras.....	100
Tabela 8. Papel da Secretaria de Assistência em relação ao BPC segundo Gestor.....	101
Tabela 9. Desempenho do papel da Secretaria de Assistência segundo profissionais do Cras.....	102
Tabela 10. Frequência do beneficiário à escola e tipo de escola .....	103
Tabela 11. Motivos da não frequência à escola pelo beneficiário .....	103
Tabela 12. Frequência à escola pelo beneficiário (criança ou jovem) antes de receber o BPC .....	103
Tabela 13. Ajuda do BPC na aquisição de vaga na escola para o beneficiário .....	104
Tabela 14. Conhecimento do BPC- Escola pelos gestores e profissionais do Cras.....	105
Tabela 15. Adoção pela Prefeitura do BPC Escola segundo gestor e profissionais do Cras.....	105
Tabela 16. Existência de Plano da Prefeitura para inserir as crianças beneficiárias no Programa BPC Escola segundo Gestores e Profissionais do Cras.....	105
Tabela 17. Forma como o beneficiário recebeu ajuda para dar entrada no pedido BPC e para acompanhar o processo do pedido do BPC .....	106
Tabela 18. Conhecimento do Cras pelo beneficiário.....	107
Tabela 19. Forma como o beneficiário ficou sabendo do BPC.....	107

Tabela 20. Existência no Cras de mecanismo de avaliação/ acompanhamento do BPC segundo profissionais do Cras e Gestores.....	108
Tabela 21. Visita do Assistente Social ao beneficiário .....	109
Tabela 22. Objetivo da visita do assistente social na casa do beneficiário .....	109
Tabela 23. Mudança percebida pelos beneficiários após visita do Assistente Social .....	110
Tabela 24. Relação das mudanças percebidas pelo beneficiário após visita do Assistente Social .....	110
Tabela 25. Acessibilidade apropriada nos equipamentos da assistência para os beneficiários segundo gestores e profissionais do Cras.....	111
Tabela 26. Prazo de aplicação dos planos para garantir acessibilidade apropriada aos usuários segundo Gestor e Cras .....	111
Tabela 27. Suficiência dos serviços segundo Gestores e profissionais do Cras.....	112
Tabela 28. Serviços prioritários de acordo com Gestor.....	113
Tabela 29. Serviços prioritários de acordo com profissionais do Cras .....	113
Tabela 30. Opinião dos gestores quanto a necessidade de oferta de serviços específicos para beneficiários do BPC pela Prefeitura.....	114
Tabela 31. Utilização pelo Cras das informações sobre BPC para identificar necessidade de idosos e PcD segundo profissionais Cras.....	114
Tabela 32. Utilização pelo Cras das informações do CADÚnico para identificar necessidade de idosos e PcD segundo profissionais Cras.....	114
Tabela 33. Opinião dos profissionais do Cras sobre Serviços que a SAS deveria criar para os beneficiários.....	115
Tabela 34. Dificuldades da Secretaria de Assistência para desenvolver serviços específicos aos beneficiários BPC segundo profissionais do Cras.....	116
Tabela 35. Existência de necessidades não atendidas pelos serviços públicos segundo beneficiários .....	117
Tabela 36. Relação de serviços usados pelos beneficiários .....	117
Tabela 37. Relação de Serviços públicos que o beneficiário precisaria usar e não usa.....	118
Tabela 38. Relação de Motivos do não uso dos serviços públicos pelos beneficiários .....	119
Tabela 39. Uso do Cras pelo beneficiário.....	119
Tabela 40. Relação dos Motivos para uso do Cras pelo beneficiário.....	120
Tabela 41. Opinião dos beneficiários sobre a qualidade dos serviços usados.....	121
Tabela 42. Opinião dos beneficiários sobre o atendimento do Cras .....	121

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
INTRODUÇÃO .....	4
1 PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL .....	9
1.1 Trajetória histórica da proteção social: breves considerações.....	10
1.2 A proteção social no Brasil: das origens às políticas de seguridade social.....	20
1.2.1 Política de seguridade social no Brasil: as especificidades do modelo de proteção social brasileiro .....	24
1.3 A política de assistência social como política de seguridade social.....	28
2 O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: O BPC EM QUESTÃO.....	33
2.1 O Suas e a Assistência Social: avanços e desafios.....	40
2.1.1 Sobre os serviços socioassistenciais do Suas .....	43
2.2 O BPC no contexto do Suas .....	58
3 ACESSO DOS BENEFICIÁRIOS DO BPC ÀS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DO RJ: A PESQUISA DE CAMPO .....	72
3.1 Caminho metodológico: eixos de análise a serem considerados na construção do acesso aos beneficiários do BPC às políticas de Assistência Social .....	72
3.2 O Suas no Estado do Rio de Janeiro: algumas considerações .....	86
3.2.1 Caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro .....	86
4 REDE DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS E BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....	93
4.1 Tabulação e sistematização dos dados da pesquisa.....	94
4.2 Resumo dos achados na pesquisa .....	124
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	129
6 REFERÊNCIAS.....	135
ANEXO I - QUESTIONÁRIO BENEFICIÁRIOS	
ANEXO II - QUESTIONÁRIO GESTORES	
ANEXO III - QUESTIONÁRIO CRAS	
ANEXO IV - MODELO DA CARTA DE APRESENTAÇÃO	
ANEXO V - MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	



## **APRESENTAÇÃO**

A presente produção acadêmica consiste em Tese de Doutorado em Política Social apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF). O objeto da tese constitui-se na investigação de beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC) em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, notadamente no acesso aos serviços e benefícios socioassistenciais da Política de Assistência Social e Sistema Único de Assistência Social (Suas) no campo da proteção social não contributiva. Os municípios pesquisados são: Barra do Piraí, Bom Jesus do Itabapoana, Campos dos Goytacazes, Carmo, Casimiro de Abreu, Itaboraí, Macaé, Magé, Mangaratiba, Mendes, Mesquita, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Piraí, Resende, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Saquarema, Três Rios e Volta Redonda.

A temática central versa sobre as políticas sociais, articuladas ao surgimento da questão social, e as respostas formuladas pelo Estado no campo da proteção social destinada à população pobre, o que se reflete no acesso e apropriação desigual dos direitos de cidadania, incluindo aqueles assegurados contemporaneamente pela política de assistência social, com impactos significativos nas condições de vida da população beneficiária.

A aproximação com o tema decorre do trabalho desenvolvido junto ao grupo de pesquisa do Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais, no qual a autora participou na pesquisa intitulada “Assistência Social e construção de direitos: avaliação a partir do Benefício de Prestação Continuada - BPC”, coordenada pela Professora Dr<sup>a</sup>. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, e com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Motivou a pesquisa a necessidade de aprofundamento teórico na temática, justificado também pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas na Universidade, e o fato de haver raras produções sistematizadas sobre o tema, ainda pouco discutido.

Buscou-se autores com vasta produção na área da proteção social e assistência social, especialmente Aldaíza Sposati, Berenice Rojas Couto e Potiara A. Pereira, dentre outros, a fim de relacionar o tema à Política de Assistência Social, na identificação dos limites e possibilidades de inclusão da população beneficiária do BPC nos serviços e benefícios ofertados por esta política pública, no que se refere à condição de desigualdade socioterritorial vivenciada por esse segmento populacional.

Também no âmbito da proteção social, evidencia-se uma desigualdade no Acesso da população beneficiária aos direitos de cidadania, regulamentados a partir da Constituição Federal de 1988, quando foi estabelecido o Benefício de Prestação Continuada para idosos e pessoas com deficiência.

Na política de assistência social, com a implantação do Suas em todo o território nacional, princípios como o da matricialidade sociofamiliar e da territorialidade incorporaram-se ao trabalho desenvolvido, possibilitando a realização de leituras da dinâmica socioterritorial, intimamente relacionadas às condições de vida da população beneficiária, qualificando a oferta de serviços e criando condições para a inclusão da população em benefícios e serviços socioassistenciais.

Mesmo com os avanços assegurados com a implantação do Suas, os serviços da política de assistência social ainda são executados e planejados com pouca participação dos usuários, constatando-se fraca cobertura de atendimento a esses beneficiários.

A função da vigilância socioassistencial, que recentemente começou a ser implantada nas três esferas de governo, consiste em uma área de planejamento importante, responsável pela produção de sistemas de indicadores e informações que irão possibilitar a análise das demandas em relação à oferta dos serviços, utilizadas tanto para a elaboração de estratégias de intervenção, quanto para o monitoramento e avaliação do sistema.

Diante disso, são identificados caminhos e desafios a serem vencidos para a inclusão da população beneficiária do BPC, ainda em condições desiguais de acesso no âmbito da política de assistência social, tema da pesquisa da tese ora apresentada.

Assim, tendo em vista as constatações acerca das dificuldades de acesso da população beneficiária do BPC ao Suas, formulou-se o seguinte

problema de pesquisa: Como se dá o acesso aos serviços da assistência social que materializam a proteção social assegurada no âmbito da política de assistência social à população beneficiária, nos municípios no Estado do Rio de Janeiro?

A tese trata desse tema.

## INTRODUÇÃO

O conjunto de leis brasileiras apresenta reconhecidos instrumentos de garantia dos direitos dos idosos e das pessoas com deficiência – desde a Constituição Federal de 1988. Entretanto, esse acúmulo legal ainda não se materializou totalmente, embora apresente avanços importantes. Permanece no país o desafio para a Proteção Social de transformar a condição de exclusão que atinge essa parcela significativa da população.

No que se refere à Proteção Social, outro avanço a ser considerado diz respeito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC). Esse benefício é um direito constitucional que corresponde a um salário-mínimo mensal destinado às pessoas idosas, acima de 65 anos de idade, e às pessoas com deficiência, em qualquer idade, que comprovem não possuir meios de prover a sua própria subsistência ou tê-la provida por sua família. O governo federal começou a pagar o BPC em 1996. Naquele ano, foram atendidos cerca de 350 mil beneficiários. De acordo com dados de março de 2012, são 3,6 milhões de beneficiários do BPC em todo o Brasil, onde 1,9 milhão são pessoas com deficiência e 1,7 milhão, idosos.

O benefício do BPC representa importante medida de proteção social por garantir uma segurança de renda a essa população, sendo indispensável para a melhoria das condições de vida dos idosos e pessoas com deficiência. Essa segurança tem influenciado na redução da pobreza, na melhoria da qualidade de vida e independência dos beneficiários. Mesmo assim, torna-se necessário ampliar as condições para que os idosos e as pessoas com deficiência tenham acesso a outras políticas públicas, adquiram autonomia e tenham seus direitos garantidos a fim de que possam exercer sua cidadania.

Diante de impedimentos a maiores avanços no aumento do valor da renda transferida pelo BPC, um caminho para os beneficiários seria o acesso às políticas socioassistenciais. O artigo 203 da Constituição Federal de 1988 estabelece que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar,

independentemente de contribuição à seguridade social”, assegurando a igualdade de condições para o acesso a essa política pública.

Com o objetivo de modificar essa realidade, o Governo Federal vem lançando diversos programas e ações intersetoriais, envolvendo as políticas de educação, como BPC-Escola, de trabalho (BPC-Trabalho), assistência social, de saúde e de direitos humanos visando a garantir o acesso desses beneficiários a outras políticas.

A partir do Suas, em 2005, o modelo de gestão da política de assistência social tornou-se descentralizado. Com isso, a universalização do acesso aos programas, serviços e benefícios socioassistenciais, promovida por esse modelo de gestão descentralizada e participativa, vem consolidar, definitivamente, a responsabilidade do Estado brasileiro no enfrentamento da pobreza e da desigualdade, com a participação complementar da sociedade civil organizada, através dos movimentos sociais e entidades de assistência social.

O Suas tem, entre seus princípios e diretrizes, a universalização e a igualdade de acesso, descentralização e participação.

Enquanto único benefício garantido constitucionalmente, o BPC deveria ter um papel central na consolidação da assistência como política pública. Essa diretriz orientou a realização 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*, realizada com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa teve como objetivo avaliar o processo de institucionalização da assistência social no Estado do Rio de Janeiro através do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

A presente tese utilizar-se-á dessa base empírico-metodológica que possibilita identificar as necessidades daquele grupo, expressas em forma de barreiras ao acesso à rede socioassistencial nos municípios estudados. A partir dessa informação, pode-se adotar medidas que possibilitem a transformação da condição de exclusão que atinge essa parcela da população. Os dados poderão concorrer para suprir uma lacuna de informação na Proteção Social Brasileira, no sentido de propor ações para os idosos e pessoas com

deficiência beneficiárias do BPC nas políticas públicas de assistência social, educação, saúde e direitos humanos, entre outras.

Desse modo, tem-se como problema de pesquisa a seguinte indagação: Como se materializa a proteção social assegurada no âmbito da política de assistência social à população beneficiária do BPC nos municípios selecionados, no Estado do Rio de Janeiro?

Portanto, o objetivo desta tese é analisar o acesso dos beneficiários do BPC a serviços da assistência social nesses 21 municípios selecionados no Estado do Rio de Janeiro.

A esse objetivo relacionam-se outros mais específicos, como:

- Identificar as características dos municípios pesquisados em relação ao tipo de serviço ofertado aos beneficiários na visão dos gestores municipais, profissionais do Cras e dos próprios beneficiários;

- Conhecer como se organiza a oferta de serviços socioassistenciais aos beneficiários do BPC nos municípios pesquisados.

O acesso da população beneficiária do BPC aos direitos socioassistenciais ofertados no âmbito do Suas é um tema ainda pouco investigado e com estudos incipientes, por isso não se encontram muitas produções sistematizadas.

O texto integral desta tese está estruturado em quatro capítulos.

No **primeiro capítulo**, “Proteção Social e Política Social no Brasil”, será apresentado o marco teórico da proteção social.

Com objetivo de delimitar esse marco teórico, é feita uma breve revisão da proteção social em âmbito internacional e, principalmente do modelo brasileiro. Trata-se brevemente da evolução da seguridade social, das primeiras ações instituídas, sua abrangência e sua evolução no Brasil.

O propósito neste capítulo é apontar alguns traços que caracterizam a organização do sistema de proteção social brasileiro. Essa abordagem parece necessária já que esses momentos históricos vão refletir sobre um processo de reformas que começam a incidir sobre as políticas sociais mais recentes. Objetiva-se também abordar os mecanismos legais utilizados pelos órgãos da seguridade social com vistas à inclusão social das pessoas “menos favorecidas”, à luz dos preceitos consagrados na Constituição Federal de 1988.

O **segundo capítulo** “O Sistema Único da Assistência Social e a construção da assistência social: o BPC em questão”, desenvolve o significado da assistência social na proposta do Suas e o BPC em seus aspectos legais, conceituais e operacionais. A implementação do Suas, enquanto um sistema público que busca organizar a Assistência Social no sentido de universalizar o direito à proteção social no Brasil, impõe um conjunto de desafios de ordem político-institucional, administrativo-financeiro e técnico-operativo, bem como de sustentação e legitimação social. Ressalta os avanços obtidos pela política de Assistência Social na contemporaneidade. Destacar tais avanços implica considerar a Constituição Federal de 1988 no reconhecimento da Seguridade Social, a Loas, a Política Nacional da Assistência Social de 2004 - PNAS, a Norma Operacional Básica da Assistência Social de 2005 - NOB e o Sistema Único da Assistência Social - Suas.

No **terceiro capítulo**, “Acesso dos beneficiários do BPC às políticas de assistência social no Estado do RJ: a pesquisa de campo”, é apresentado o objeto de estudo e as opções para a pesquisa, explicitam-se as opções adotadas na investigação empírica com os procedimentos e o universo em que a pesquisa foi realizada. Apresenta-se, também, o conceito de Acesso utilizado como categoria central de análise dos dados da pesquisa a partir de autores, sobretudo da área da saúde. Ou seja, como a política de assistência social em 21 municípios se conforma, no que diz respeito ao acesso aos serviços da Proteção Social Básica, no atendimento aos beneficiários do BPC.

A partir de dados da Secretaria de Assistência do Estado do Rio de Janeiro (SEASDH) e da NOB (2012), é traçado um perfil da situação atual da assistência nesse estado.

O **quarto capítulo**, “Rede de serviços socioassistenciais e Benefício de Prestação Continuada”, é destinado aos resultados encontrados na pesquisa empírica e análise a partir das variáveis definidas no estudo. São apresentados em forma de quadros e tabelas indicando o quantitativo de respostas para cada questão. Em seguida são apresentados alguns achados na pesquisa. A proposta é entender essa rede de serviços socioassistenciais e a teia de ações de atendimento, encaminhamentos e acompanhamento das famílias e indivíduos no território voltado sobretudo aos beneficiários do BPC.

Nas **Considerações Finais**, fechando o estudo, no qual se pretendeu fazer uma síntese da investigação, são tecidas as principais descobertas com vistas a contribuir com estudos posteriores, identificando alguns de seus limites para a institucionalização do Sistema Único de Assistência Social, e são apresentadas as principais conclusões da análise e interpretação dos resultados da pesquisa.



## 1 PROTEÇÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Esse capítulo destina-se a abordar a trajetória dos sistemas de proteção social a partir de um enfoque internacional, mas também as especificidades do caso brasileiro, com ênfase na política de assistência social. Será possível apontar historicamente que, desde as sociedades mais antigas<sup>1</sup>, o homem tem procurado reduzir os efeitos das adversidades de sua existência, como doença, velhice e invalidez (IBRAIM, 2011).

Nessa direção, as iniciativas religiosas e filantrópicas ganharam expressividade fortalecendo o caráter humanitário da provisão social. As necessidades sociais adquiriram contornos de uma proteção social<sup>2</sup> institucionalizada e alvo de políticas dos governos, em diferentes perspectivas.

A discussão sobre modelos de proteção social tem-se estabelecido com base nas diferentes concepções de Estados de Bem-Estar Social. O Estado brasileiro instituiu sua capacidade de proteção social a partir de um modelo de seguridade social. No relato da história da organização do sistema de proteção social brasileiro observa-se que este se materializa em políticas sociais restritas às áreas de Assistência Social, Saúde e Previdência.

O capítulo inicia com o item 1.1 Trajetória histórica da proteção social: breves considerações; o item 1.2 A Proteção Social no Brasil: das origens às políticas sociais de Seguridade Social aborda os mecanismos legais utilizados neste modelo, com vistas à proteção social dos cidadãos brasileiros à luz dos preceitos consagrados pela Constituição Federal de 1988, e avança no item 1.2.1 A Política de Seguridade Social no Brasil: as especificidades do modelo de proteção social brasileiro, que trata de como tal política se conforma como instrumento e aparato de proteção social dos diferentes grupos e segmentos sociais; finaliza com o direcionamento da reflexão para A política de Assistência Social como política de Seguridade Social (item 1.3), tendo em

---

<sup>1</sup> O autor refere-se à sociedade medieval e moderna (Ibraim, 2011).

<sup>2</sup> Entende-se que a proteção social pode ser definida como conjunto de ações humanas voltadas à ajuda e mútua-ajuda, seja por parte do Estado, patronato, associações filantrópicas e, mais modernamente, ONGs.

vista a necessidade de compreender a política de Assistência Social contida no interior da Seguridade Social, em diálogo com as demais políticas e numa análise de totalidade, dado o equívoco existente na forte tendência de fragmentar o debate.

Considerou-se primordial fazer essa análise da proteção social, visto que se pretende discutir o mecanismo de acesso como alternativa de proteção social estabelecido pela Política de Assistência Social. Esta discussão dar-se-á a partir da experiência de alguns municípios do Estado Rio de Janeiro, no que tange aos beneficiários do Benefício da Prestação Continuada (BPC).

### **1.1 Trajetória histórica da proteção social: breves considerações**

Ao iniciar os estudos sobre proteção social, encontrou-se vasta literatura sobre o tema no campo das ciências sociais e da política social, e variedade de conceitos a ele relacionados. Decidiu-se por retratar as origens da proteção social e passar a refletir sobre os modelos tradicionais e contemporâneos de Estados de Bem-Estar Social.

Com a constatação de que a vulnerabilidade e insegurança social se ampliavam a partir da expansão das relações de trabalho assalariadas nasceu, no século XIX, a ideia de proteção social. A insegurança social era causada por doença, velhice, desemprego, morte, entre outros denominados 'riscos sociais'. Com a industrialização e a urbanização das sociedades modernas, ampliou-se o risco de as famílias de trabalhadores caírem na miséria em decorrência da impossibilidade de obter um salário no mercado de trabalho (JACCOUD, 2009). Portanto, "a proteção social pode ser definida como 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" (JACCOUD, 2009:58).

Segundo Castel (1998), tradicionalmente, as necessidades de proteção social eram supridas pelos chamados agentes de sociabilidade primária, ou seja, família, igreja, grupos e associações. Segundo alguns analistas, a consolidação da proteção social enquanto política pública toma corpo com o processo de desenvolvimento do capitalismo e a conseqüente agudização das

desigualdades sociais (VIANA e LEVCOVITZ, 2005). Para esses autores, a proteção social caracteriza-se enquanto sistema que se funda

(...) na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionados com múltiplas situações de dependência (...) os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade (VIANA e LEVCOVITZ, 2005:7).

Assim, os sistemas de proteção social implicam a redistribuição de recursos e serviços sociais como forma de controlar os riscos inerentes à sociedade capitalista. Logo, é a presença ativa do Estado, com diferentes graus de intensidade, que viabiliza a expansão da proteção social e a configuração do que se concebe como Welfare State.

O Welfare State, Estado Social, Estado de Bem-Estar Social ou Estado Providência surge historicamente com o capitalismo industrial nos países da América do Norte e da Europa Ocidental. De acordo com Bering & Boschetti (2006), o Welfare State é visto como um momento específico de estruturação de sistema de proteção social datado historicamente (do pós-guerra aos dias atuais) cujo arcabouço de medidas entendidas como direito de cidadania abrange as classes médias e desfocaliza as ações anteriormente restritas à extrema pobreza.

Desse modo, pode-se citar variados modelos e tipologias de welfare state em diferentes países. No entanto, vamos-nos deter nos modelos clássicos de proteção social, como o bismarckiano e o beveridgiano e nas classificações mais contemporâneas de Titmuss e Esping-Andersen.

O modelo bismarckiano, baseado na lógica do seguro (tem direito quem contribui), caracteriza-se como primeira tentativa de se estabelecerem políticas públicas de proteção social, sendo considerado o princípio fundante do *welfare state*. As políticas sociais desse modelo foram fundamentais para a concretização da unificação alemã, bem como da constituição de sua classe trabalhadora. Assim surgiu o seguro social, patrocinado pelo Estado, que fornecia proteção social em casos de doença, invalidez e velhice. A preocupação com o seguro social se espalhou pelo mundo. Tem-se

conhecimento de que a primeira constituição a trazer o termo Seguro Social foi a do México, em 1917 (DEZOTTI, 2011:436).

A base do modelo bismarckiano centra-se no princípio do mérito, concentrando transferências a indivíduos que antes realizaram contribuições, não havendo motivação coletiva, altruísta, de equidade ou de justiça social (Fonseca, 2001). O problema desse modelo é a exclusão das camadas não inseridas no mercado de trabalho formal.

Esping-Andersen (1991) aborda as diferentes tipologias de welfare state com base nas propostas de cada governo para a proteção social, modelos que buscam compensar a instabilidade do livre mercado. Na conjuntura econômica de crise a partir de 1929, e já antes da Segunda Guerra Mundial, formou-se uma convicção de que os destinos dos cidadãos não deveriam estar totalmente sujeitos à instabilidade inerente às forças de mercado. Dessa maneira, a sociedade passou a demandar políticas que promovessem o crescimento econômico, visassem à diminuição do desemprego e à elevação do nível de proteção social. Porém, os dois grandes modelos que se instituíram (na Alemanha e na Inglaterra) estão marcados pela concepção mais de um direito que de uma dívida, o que exigiria maior financiamento público.

Outro grande modelo, do inglês William Beveridge, é vinculado à lógica da seguridade. Mais amplo, previa a participação de todos os trabalhadores e a cobrança compulsória de contribuições sociais. O objetivo era financiar um sistema da seguridade social relativo a ações da saúde, previdência e assistência social. O modelo beveridgiano caracteriza-se pelas formas empreendidas no sistema de proteção social na Grã-Bretanha. As iniciativas são mais amplas que as medidas bismarckianas, ou seja, a reforma do sistema de proteção social instituído nesse país acarretou na expansão dos benefícios sociais para um conjunto maior de cidadãos sendo, portanto, de caráter universal. Esse modelo buscava programar critérios de universalização de benefícios e serviços propondo a inclusão de todos, sendo que a concessão e oferta de serviços não estariam condicionadas basicamente pela necessidade. Esse sistema de proteção social baseia-se na lógica da inclusão de todas as camadas da população no acesso aos direitos sociais.

Medeiros (2001:5) define Estado de Bem-Estar Social como a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade

capitalista a fim de executar medidas orientadas ao bem-estar de sua população.

Segundo Draibe (1989:18), são características comuns da definição de *welfare state*:

- a tendência do Estado de modificar o livre funcionamento do mercado;
- o princípio de substituição do rendimento em caso de perda temporária ou definitiva da capacidade de obtê-lo, para a prevenção dos riscos próprios inerentes à economia de mercado (velhice, doenças, maternidade, desemprego);
- a garantia, mesmo para os excluídos do mercado de trabalho, de uma renda mínima a um nível considerado suficiente para a satisfação das necessidades sociais e culturais essenciais.

Ainda segundo Draibe, a garantia de uma renda mínima caracteriza somente as tendências recentes de proteção social, e não o *welfare state* em sua concepção mais abstrata.

Spicker (2008:121) diz que é ambígua a ideia de *welfare state*. Em certas literaturas, significa pouco mais que 'bem-estar que é provido pelo Estado'; em outras refere-se a um desenvolvimento ideal no qual o bem-estar é fornecido de forma abrangente pelo Estado no melhor padrão possível. O *welfare state* representa, assim, um ideal, em que todos estariam aptos a receber serviços como um direito. No Reino Unido, isto foi entendido em oposição à Lei dos Pobres, cuja assistência se limitava aos destituídos, visando a distinguir a posição dos pobres da dos trabalhadores e fazer do recebimento dos serviços prestados uma experiência a mais desagradável possível. Tais princípios influenciaram o pensamento mesmo em países que não adotavam uma Lei dos Pobres, inclusive Estados Unidos. Na Inglaterra, a Lei dos Pobres<sup>3</sup> foi o primeiro exemplo de envolvimento público em que as *workhouses*<sup>4</sup> ocupavam um importante papel. Estabeleceu-se que caberia à comunidade a

---

<sup>3</sup> A Lei dos Pobres inglesa, de 1601, segundo Spicker (2008:99) não foi o primeiro sistema organizado de bem-estar, mas o primeiro sistema nacional; durou de 1598 a 1948. O divisor de águas foi o desenvolvimento da Nova Lei dos Pobres – a introdução de um regime ideológico mais duro voltado a conter problemas gerados pela industrialização.

<sup>4</sup> As *workhouses* eram casas de trabalho surgidas na Inglaterra em torno do século XVI, e em outros países da Europa, como Alemanha e França, no século XVII. Nelas eram internados pobres, desempregados, loucos e correccionários.

responsabilidade pela assistência aos mais necessitados, trazendo a noção da obrigatoriedade da contribuição para fins sociais (SPICKER, 2008:121).

Nos anos 50 e 60 do século XX, Richard Titmuss elabora uma abordagem visando a ultrapassar a categoria do estudo das políticas sociais centradas apenas nos gastos sociais (Faria, 1998:56). O referencial analítico utilizado foi o *stateness*, ou seja, o caráter da intervenção estatal, buscando estabelecer um sistema avaliativo sobre as escolhas e objetivos peculiares dos welfare states, dividindo-os em tipologias. A classificação empreendida por Titmuss traz como variável fundamental de sua análise a extensão da responsabilidade estatal na provisão do bem-estar social.

Nessa tipologia de Titmuss, o primeiro modelo é o residual, no qual a responsabilidade pública pela proteção social estaria resumida ao mínimo, já que nos referidos modelos de intervenção, a satisfação das necessidades e da provisão social estariam ligados aos entes tradicionais de proteção social, que seriam o mercado e a família. Esse modelo vai fundar-se numa visão liberal que busca o mercado como provedor do bem-estar individual, sendo a responsabilidade pública restrita à última instância e em caráter temporário. A característica desse modelo é a responsabilização individual, onde o Estado ajudaria apenas os incapazes para o trabalho e os mais fracos.

O segundo modelo de Titmuss é o institucional. Esse modelo se baseia na centralidade da responsabilidade das instituições públicas na provisão de bens e serviços sociais onde o mercado e a família, ao contrário do modelo residual, estariam numa posição secundária na oferta e garantia de bem-estar. A oferta de bens e os critérios utilizados para a administração dos serviços e recursos para a proteção social vão no sentido da universalização dos programas e do atendimento, sendo independente da ação do mercado e das comunidades. Assim, nesse modelo o paradigma de atenção é a necessidade, e não os necessitados. Esse modelo é considerado redistributivo, pois se baseia na noção e na busca da instituição de um mínimo social, considerando que todas as pessoas têm direito à cidadania plena e a usufruir de um padrão de vida digno.

A distinção entre os modelos propostos baseia-se em dois critérios : no primeiro a função do Estado está na garantia dos direitos sociais, analisando se o Estado substitui o mercado na oferta de programas sociais ou se ele atua

apenas quando os outros sistemas de proteção social (família e mercado) são insuficientes para garantir o bem-estar social. No segundo é avaliado o grau de acessibilidade dos serviços sociais, ou seja, se é um direito universal garantido a todos os cidadãos ou se a política social destina-se apenas a um grupo de pessoas que se encontra em situação de risco.

A partir desses critérios, são apresentados três tipos de Welfare State, segundo Titmuss:

Welfare State residual, onde a função do Estado é marginal, a política social intervém apenas quando o mercado e a família são incapazes de responder às necessidades sociais. Os serviços sociais dirigem-se apenas àqueles que apresentam comprovadamente, alguma necessidade e a ação do Estado dura até que a situação de dependência seja eliminada. O acesso aos benefícios está restrito a alguma necessidade comprovada por teste de meios

*Welfare State meritocrático-particularista*, onde a função do Estado é assegurar a proteção social ligada ao corporativismo ocupacional. Os sistemas de previdência social são distintos levando em conta a ocupação dos assegurados. Logo, o acesso ao benefício está ligado ao *status* do trabalho e à contribuição paga pelos beneficiários.

*Welfare State institucional-redistributivo*, onde a função do Estado é garantir a todos os cidadãos os direitos sociais não necessitando de outras instituições de proteção social na garantia de bem-estar. O acesso aos programas sociais nesse tipo, é universal, assegurando assim, patamares mínimos de renda e serviços sociais financiados pelo Estado. (VAZQUEZ, 2007:49)

Essa classificação dos Welfare State desenvolvida por Richard Titmuss serviu de base para outros estudos dos sistemas de proteção social, inclusive o desenvolvido por Esping-Andersen, abordado a seguir.

Para Esping-Andersen (1991), a estruturação dos sistemas de proteção social estaria ligada ao aumento das lutas, mobilizações e conquistas da classe trabalhadora, aliadas à sua capacidade de consolidação de alianças políticas nos parlamentos e à grande expansão das massas médias urbanas. Ainda no século XX, nos anos 90, o autor avança em direção aos estudos comparativos sobre as políticas sociais, traçando uma tipologia de welfare state a partir de vários fatores. O autor aborda três categorias de Estado de Bem-Estar Social: Liberal, Conservador ou Corporativo e Social-democrata.

No Welfare State '**Liberal**' predominam a assistência aos comprovadamente pobres, reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. Os benefícios atingem principalmente uma

clientela de baixa renda, em geral da classe trabalhadora ou dependente do Estado. No segundo tipo, '**Conservador**', a obsessão liberal com a mercadorização e a concessão de direitos sociais não chegou a ser uma questão seriamente controvertida. O que predominava era a preservação das diferenças de status. Os direitos, portanto, estavam ligados à classe e ao status. No terceiro e menor grupo, o '**Social-democrata**', o Estado buscava um welfare que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas.

(...) todas as camadas são incorporadas a um sistema universal de seguros. (...) este modelo exclui o mercado e constrói uma solidariedade essencialmente universal em favor do welfare state. Todos se beneficiam, todos são dependentes e todos se sentirão obrigados a pagar. (ESPING-ANDERSEN, 1991:108)

Segundo Reis (2012:5), o regime liberal admite que o mercado é o principal responsável pela prestação dos serviços de proteção social, já que os cidadãos, em sua maioria, deveriam manter seu sustento através da renda obtida com a venda da força de trabalho. Esse tipo de regime assume que o mercado permite ao cidadão garantir sua autoproteção, cabendo ao Estado apenas a prestação de serviços e benefícios em alguns casos comprovados de pobreza e indigência. O caráter restritivo desse regime tem a finalidade de não gerar desincentivos ao trabalho.

No social-democrata, o mercado e a família são canais insuficientes de proteção social, sendo vistos como principais causadores das desigualdades sociais. Defendem os social-democratas maior participação do Estado na desmercantilização, e igualdade e segurança social contra riscos. A base desse regime é o princípio universal de direitos de cidadania. A inovação garantida por esse sistema é que o acesso aos direitos sociais não depende da comprovação da pobreza ou desempenho no trabalho, e sim de ser cidadão ou morar em determinado país.

O regime conservador admite que o poder público intervenha apenas quando a família e o mercado falhem e os indivíduos não conseguem garantir um padrão de vida digno por mérito ou inserção no mercado de trabalho.

Assim, o debate sobre política social mistura-se às diferentes interpretações analíticas da lógica e evolução dos welfare states, considerando



que a política social é uma ferramenta essencial utilizada pelo Estado para gerar bem-estar social e que as várias formas e possibilidades de implementação dessa ação levam a diferentes tipos e/ou padrões de atuação governamental na resolução das questões sociais.

Teixeira considera que

As políticas sociais – decorrentes de sistemas nacionais públicos, ou quando o Estado assume a tarefa de desencadear um sistema nacional de proteção social – constituem a substância do Estado de Bem-Estar, que, enquanto conjunto de medidas e instituições, tem por objeto o bem-estar e os serviços sociais, ou seja, a proteção social. (TEIXEIRA, 2012:31)

As diferentes tipologias de welfare state são ilustrativas de uma conjuntura internacional em determinado tempo histórico. Segundo Silva (2012:32), um conjunto de determinações concorreu para que, no início do século passado, as políticas sociais se consolidassem e expandissem como direito social, com destaque para dois momentos históricos: os impactos da crise do capital em 1929 e as consequências da Segunda Guerra Mundial, exigindo grandes esforços de reconstrução e a presença interventiva do Estado, colocando em xeque o ideário liberal pautado na economia de mercado.

Na transição do debate da proteção social para a consolidação da teoria em torno das políticas sociais, o conceito de cidadania desenvolvido por T.H. Marshall (1967) também teve destaque. Segundo esse conceito, a sociedade capitalista tenderia a assegurar a todos os direitos de cidadania: direitos civis, políticos e sociais. Aos direitos civis compete garantir a vida em sociedade. Aos direitos políticos, a participação do cidadão no governo da sociedade através dos partidos e parlamento livre e representativo. Em relação aos direitos sociais, garantiriam a participação na riqueza coletiva, originando a redução das desigualdades no capitalismo a partir da ideia de justiça social. Na década de 1940, a incorporação da noção de seguridade social estabeleceu uma nova concepção para as políticas sociais pautadas no conceito de cidadania (Sposati, 2008). Elas têm como suposto o caráter de redistribuição de renda, visando à equidade e à justiça social, consideradas como “conjunto de políticas e ações de reprodução social dos indivíduos humanos” (FALCÃO, 2008:111).

Marshall (1967) refere-se a essa ideia como a oferta do direito ao bem-estar, e argumenta que o welfare state representa no século XX uma extensão do direito de cidadania estabelecido no período que se seguiu à Revolução Francesa.

Apesar da incorporação da noção de seguridade, os modelos de proteção social se diferenciaram, sendo mais amplos em países onde a participação política dos trabalhadores impulsionou a social-democracia a expandir os seus efeitos, e mais restritos onde essa influência não se concretizou. Sposati (2008:9) afirma que os sistemas de proteção pautados em marcos extensivos originaram sistemas distributivos de serviços sociais para toda a população, e aqueles orientados por marcos restritivos, apenas aos necessitados.

Já havia pobreza em sociedades pré-capitalistas, que criaram mecanismos de proteção social na forma de caridade ou filantropia. A caridade é definida por ajuda individual, já a filantropia consiste em ajuda organizada. Com isso, a filantropia ganharia destaque substituindo as ações religiosas. Essas unidades de caridade e filantropia tinham como características: manter a ordem; não deixar os pobres morrerem; estabelecer um caráter punitivo; instituir seletividade. Essas características sofreram alterações variadas no decorrer do século XIX, de acordo com o local, mas seu foco central foi a formação das cidades – aglomeração. Com a industrialização, muitos foram para as cidades buscar oportunidades, e logo surgiram problemas além do trabalho, como água, esgoto, imundície, alimento, saúde, entre outros. Diante disso, o Estado interveio pela repressão, com uso da força, ou pelo consenso, buscando negociações por meio de políticas sociais, carregadas de forte intervenção ideológica (GOIS, 2011).

Esse tipo de proteção consistia no fornecimento dos serviços públicos aos cidadãos, tais como pensões pecuniárias e abrigos aos financeiramente “carentes”. Não existia um direito do necessitado, apenas uma expectativa de direito, não havendo previsão certa de recursos, como expõe Marisa Santos (2012:27).

Na contemporaneidade, os países, em escala mundial, reúnem seus esforços governamentais para assegurar à doença e à velhice alternativas de proteção social. Com base em Bahle et al (2010:448), nos países que

possuíram estados de bem-estar avançados, assistência social é muitas vezes considerada como uma parte da segurança social residual já que as taxas de despesas e de cobertura são mais baixas do que para outras áreas. No entanto, a assistência social é de grande importância para o Estado de bem-estar. Historicamente foi a primeira política social pública importante que construiu o caminho para o desenvolvimento do Estado – Providência. Hoje, a assistência social é fundamental para a institucionalização do direito social, pois fornece a linha base de segurança social abaixo da qual ninguém deve se permitir ficar.

Ainda como exemplos na Europa, a assistência aos pobres é uma das mais antigas formas de ajuda pública. Originalmente foi organizada localmente, muitas vezes por instituição de caridade ou religiosas. Com a industrialização e o desenvolvimento de mercados de trabalho, os sistemas de auxílio sofreram pressão, levando à intervenção estatal e centralização, mas com variações internacionais significativas.

Na Lei dos pobres na Inglaterra, os beneficiários perdiam os direitos civis e eram muitas vezes institucionalizados nas *workhouses*. Apesar disso, a ajuda aos pobres na Inglaterra, foi a mais extensa em período, com gastos muito maiores do que os Estados Unidos ou qualquer outro país Europeu. Mas ainda hoje a Inglaterra possui um plano de benefícios previdenciários de ampla cobertura aos seus concidadãos.

De acordo com Bahle et al (2010) na França, o direito universal à assistência pública se deu em 1793 ainda de forma tímida. Somente cem anos depois esse país veio introduzir diversos programas explícitos de assistência, que vão caracterizar o sistema francês até recentemente.

Na Alemanha, como em outros países da Europa, o princípio da subsidiaridade teve um impacto duradouro sobre o bem-estar social. Foi principalmente no mundo católico e em países de religiões mistas onde a igreja tentou preservar seu domínio contra o Estado-Nação, onde famílias, comunidades locais, igrejas e organizações de caridade eram consideradas responsáveis pelo pobre. Só se eles falhassem é que o Estado teria o direito de intervir. Atualmente o princípio da meritocracia é bastante forte no país.

Ainda de acordo com Bahle et al (2010:450), com a introdução do seguro social a partir do século XIX, o papel da assistência aos pobres foi

transformado. Outros grupos sociais foram cobertos por outros sistemas mais generosos. Relacionado com o emprego e o seguro de benefícios universais para pensionistas, pessoas com deficiência, bem como a assistência social aos desempregados, foi transformado em uma rede de segurança residual. Ao mesmo tempo, as condições de elegibilidade e os agressivos ‘testes de meio’ foram relaxados e os direitos sociais estendidos. A extensão progressiva dos direitos sociais juntamente com o seguro social ocupacional específico, significava que nos países desenvolvidos a assistência social tornou-se uma forma secundária de provisão.

O próximo subitem trata das especificidades do regime de proteção social brasileiro, ou seja, o que foi possível construir politicamente no Brasil a partir do que foi compreendido como necessário na esfera do bem-estar aos cidadãos em um determinado contexto sociopolítico.

## **1.2 A proteção social no Brasil: das origens às políticas de seguridade social**

O modelo de proteção social constituído no Brasil obedece a algumas particularidades determinadas historicamente, embora apresente trajetória semelhante à dos países desenvolvidos. Baseou-se em sistemas de solidariedade administrados pelo Estado e dirigidos aos indivíduos, famílias e grupos em determinadas situações de dependência ou vulnerabilidade, como incapacidade de trabalho, vulnerabilidade devido ao ciclo da vida, situação de risco, como acidente, morte, entre outras.

A proteção social via seguro social constitui um sistema de cotizações de caráter obrigatório garantido pelo Estado, que abre acesso a uma renda nos casos em que doença, invalidez, velhice ou desemprego impeçam o trabalhador de suprir a sua subsistência pela via do trabalho.

Em analogia aos modelos de proteção social abordados no item anterior, no Brasil, segundo Santos (1979), o conceito central para se entender a política social brasileira é o de ‘cidadania regulada’.

Por cidadania regulada entende-se o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da

comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. (SANTOS, 1979:75)

O conceito de cidadania regulada acompanha o regime conservador descrito por Esping-Andersen, em que o status de cidadão e os direitos sociais estão ligados à inserção no mercado formal de trabalho.

Historicamente, no caso brasileiro, o padrão assistencial que dominou todo o período colonial até as vésperas do período republicano – o modelo *Santas Casas de Misericórdia* –, operando em nome da caridade cristã e de compromissos espirituais através de Irmandades (de origens europeias) que aqui se instalaram (as Irmandades da Misericórdia) representou um grande modelo de organização econômica, social, de poder político e patrimonial articulado e, exercendo funções fundamentais à manutenção da dominação colonial no país (Quiroga, 2008:10).

Assim, na história brasileira, a criação de mecanismos de solidariedade não foi uma iniciativa política e nem um elemento formador da cidadania, mas “sim um processo inicializado pelas igrejas ou grupos dotados de motivações religiosas, tais como eram as *Santas Casas* e as irmandades leigas, como as dos *Vicentinos*” (PESTANO, 2008:15).

No caso brasileiro, o sistema de proteção social não opera uma cobertura universal para os riscos sociais e não garante um patamar de renda mínima para o conjunto da população, mas tem políticas que mobilizam grande número de recursos e capacidade de impactar as condições de vida de expressivos segmentos sociais (Jaccoud, 2009).

A proteção no Brasil, institucionalizada na forma de política social, foi utilizada desde a década de 1920 e principalmente na de 1930, no governo Vargas, com o objetivo de mediar as relações entre capitalistas e trabalhadores. Nesse período, o modelo de proteção desenvolvido buscou suas ações no campo previdenciário. O acesso à provisão das políticas era associado à inserção do indivíduo no mercado de trabalho. Assim, as primeiras políticas de proteção social implementadas no país assemelham-se ao modelo conservador, bismarckiano, desenvolvido na Alemanha, de proteção contributiva por categoria. Foi por meio da classe trabalhadora mais demandante, do meio de trabalho industrial, no início do século XX, que se iniciaram as políticas sociais brasileiras.

De acordo com Souza (1999), o processo de desenvolvimento inicial do Estado de Bem-Estar brasileiro foi conduzido por motivação predominantemente política, já que o país apresentou um processo de industrialização que não ocorreu de forma homogênea, podendo-se observar a coexistência de um setor moderno com um setor tradicional. Assim, percebe-se que o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar teve um papel muito mais de regulação política do que econômica, com benefícios direcionados a grupos de trabalhadores de setores mais modernos, que tinham algum poder de barganha, enquanto para os demais grupos restaram políticas assistenciais de caráter populista.

Até 1930 as noções capitalistas de industrialização tardia e periférica estavam presentes inclusive na concepção de proteção social que ora versava enquanto caso de política, ora enquanto caso de polícia. O Estado não exercia a função ativa enquanto agente regulador da questão social, deixando ao mercado e a iniciativa privada não mercantil este atendimento, que pela natureza destas instâncias, a escolha e a forma (que na maioria das vezes estava assentada na ajuda mútua) de atender estavam definidas a partir das demandas e preferências individuais. Embora com ações na gestão das políticas sociais de caráter residual, destaca-se, neste período, a constituição de regulamentações nas áreas do trabalho e previdência.

O período de 1930 a 1964 se caracteriza, no âmbito da economia, pela passagem do modelo agroexportador para urbano industrial e, no âmbito das orientações políticas, por dois grandes diferentes processos, embora com diferentes estilos governistas:

1 - ditadura Vargas (1930-1945), tendo como orientação para o equacionamento da questão social o aparelho do Estado, através de um sistema de gestão e regulação dos conflitos sociais, visando a produção do consenso e da coesão social, a chamada cidadania regulada;

2 - fase da redemocratização (1945-1964) , cuja marca, no âmbito das políticas sociais, foi adotar, através de pactos com segmentos da elite dominante da sociedade, medidas de antecipação às demandas e pressões populares. Reforça-se neste período o cunho das políticas sociais reguladoras da cidadania.

No período de 1964 a 1985, com o regime militar, ocorreu a consolidação institucional do sistema de proteção social financiado pelas altas taxas de crescimento econômico apresentadas pelo país durante o 'milagre econômico'. Destaca-se o desenvolvimento de algumas políticas que marcam a ampliação dos direitos sociais, embora os direitos políticos e de cidadania fossem cerceados: a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966; do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), em 1966, a reforma do Ensino Superior, em 1968, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1971, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977 (Reis, 2012:7).

A compreensão desse processo de ampliação de direitos torna necessário conceituar o arcabouço de materialização desses direitos: a política social, que surgiu como resposta do capitalismo às mobilizações operárias, na forma de uma estratégia governamental. A definição de política social varia em função do momento histórico e do tipo de organização da sociedade. Tem-se constituído na forma como o Estado capitalista busca responder à materialização das contradições entre capital e trabalho, compreendidas como questão social, ou seja, conjunto de desigualdades advindas do modo como a sociedade se organiza para produzir, demandando a intervenção do Estado. Entende-se que o objetivo das políticas sociais é compensar ou reduzir os efeitos danosos do processo produtivo expresso nas diversas expressões da questão social, que encerram dupla funcionalidade na medida em que, por um lado, asseguram a reprodução do capital e, por outro, incorporam algumas demandas dos trabalhadores, o que permite sua reprodução.

No Brasil, políticas sociais emergiram no final da República Velha, especialmente nos anos 1920, e começaram a conquistar espaço no período getulista (PIANA, 2009:41). Estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. São vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, em outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão (Faleiros, 1991:8).

De acordo com Faleiros (1991:70), as políticas sociais no período de 1964 a 1988 eram políticas de controle, seletivas, fragmentadas, excludentes e setorializadas. Daí a necessidade de questionar esse padrão histórico e propor a democratização dos processos decisórios na definição de prioridades, na elaboração, execução e gestão dessas políticas. Nesse sentido, a elaboração e a conquista das políticas sociais passam ainda por processos de pressões e negociações entre as forças políticas vigentes e uma relativa transparência das articulações.

De 1985 a 1990 prevaleceram, no campo de ação das políticas sociais, estratégias reformistas de cunho liberal, com adequação tanto à política de crescimento sustentado, quanto à ampliação do atendimento das necessidades sociais da população. Nesse período foi concebida a atual estrutura do sistema de seguridade social brasileiro, destacando-se a Constituição Federal de 1988 como marco na história da proteção social para o país (REIS, 2012:7).

De acordo com Sposati (2009:37), a discussão sobre proteção social é relativamente nova na sociedade brasileira, desde que foi desagregada da legislação social do trabalho, embora ambas sejam direitos sociais, explicitamente tratados nos artigos 6º e 7º da Constituição.

Com essa Constituição, o Brasil conseguiu construir um sistema de proteção social não obstante a introdução do neoliberalismo no país. Assim, a partir de 1988, as políticas sociais passam a ser dever do Estado, estando ancoradas no direito social dos cidadãos. Com isso, ao serem propostas políticas universais e igualitárias, objetivou-se promover a inclusão da população de uma forma geral (BENEVIDES, 2011:64). A Seguridade Social brasileira inaugurou um momento histórico da proteção social que merecerá adiante ser desdobrado como reflexão sobre as especificidades da nossa política social em assegurar bem-estar aos cidadãos.

### **1.2.1 Política de seguridade social no Brasil: as especificidades do modelo de proteção social brasileiro**

A Constituição de 1988 alterou o padrão de proteção social brasileiro, mantido desde o início do século passado, quando se desenvolveram as políticas sociais brasileiras. A proteção social passou a abranger um sistema chamado de Seguridade Social, definido como “um conjunto integrado de



ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, previdência e assistência social”, reformulando a concepção da proteção social como limitada a um seguro social. No caso brasileiro, “a Seguridade Social ocorre em um período diferenciado do âmbito internacional, em virtude do seu contexto particular econômico, político e social” (MOURA, 2013:481).

As políticas de seguridade social determinadas na Constituição são voltadas para a concepção do direito social garantido legalmente, e são norteadas pelos princípios da universalidade e da igualdade. Desse modo, o Estado brasileiro desenvolve um conjunto diversificado de políticas públicas para dar resposta ao objetivo da proteção social, agrupando políticas sociais vinculadas à seguridade social.

Afirma Eunice M.Viccari:

No final da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, os direitos sociais no Brasil foram garantidos a todos os cidadãos, ampliando o espectro das políticas sociais e elevando-as ao status de públicas e, portanto de responsabilidade do Estado. Com esta prerrogativa constitucional, estabeleceu-se uma clivagem de paradigma legal que instituiu a universalidade de acesso do brasileiro ao Sistema de Seguridade Social, integrado pela Saúde, Assistência e Previdência Social. As duas primeiras não contributivas, e a última, aos que dela contribuem, tendo como base o primado do trabalho. Assim, pela primeira vez na história republicana, a Assistência Social alcança status de política pública e integra a seguridade brasileira embasada no princípio da universalidade como acesso a todos que dela necessitarem. (VICCARI, 2008:17)

As mudanças empreendidas então no sistema de proteção social brasileiro trazem novas mediações políticas na intervenção social. Pereira (2008) caracteriza o novo modelo brasileiro como misto, pois ainda apresentava características dos diversos tipos propostos por Esping-Andersen, tais como:

Intervenções públicas tópicas e seletivas – próprias dos regimes liberais; adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais – típicas dos modelos conservadores e, ainda, o estabelecimento de esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços – característicos dos regimes socialdemocratas. (PEREIRA, 2008:127)

De acordo com Castro (2012:1.018), a política social no Brasil, apesar da atual amplitude, é ainda marcada por políticas específicas com baixa coordenação entre elas e grandes desafios em termos de abrangência (universalidade e integralidade) e qualidade dos bens e serviços oferecidos. “Logo, percebe-se a dificuldade de pensar a política social brasileira na perspectiva da ideia de welfare state ou mesmo discutir a validade desse conceito para enquadrar os esquemas vigentes hoje” (CASTRO, 2012). Para Pereira,

A proteção social no Brasil não se apoiou firmemente nas pilstras do pleno emprego, dos serviços sociais universais, nem armou, até hoje, uma rede de proteção impeditiva da queda e da reprodução de extratos sociais majoritários da população na pobreza extrema, havendo um avanço na esfera da seguridade a partir da Constituição Federal de 1988. Concebendo essas três políticas como um conjunto integrado de proteção social pública, na perspectiva da cidadania, a Constituição introduziu, de fato, tanto do ponto de vista conceitual quanto do arranjo institucional, inovações na experiência brasileira de bem-estar (PEREIRA, 2008:125).

Segundo Draibe, a nova Constituição irá registrar:

“(…) a ampliação e a extensão dos direitos sociais (novos direitos, assim como sua homogeneização, a novas categorias sociais), a universalização do acesso e a expansão da cobertura, um certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção, a recuperação e redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais e, enfim, o maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo sistema” (DRAIBE, 1990: 29)

Boschetti, contudo, afirma que

(…) no Brasil a Seguridade Social se organiza com influências tanto do modelo alemão bismarckiano – sistema de seguros destinados aos trabalhadores, por meio de contribuição – quanto do modelo inglês beveridgiano – tem como principal objetivo o enfrentamento da pobreza – ao restringir a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizar a saúde e limitar a assistência social ao público que dela necessitar. Portanto, a Seguridade Social brasileira fica entre o seguro e a assistência social, pois a previdência social é influenciada pelo modelo bismarckiano, enquanto que a saúde e a assistência social sofrem influência do modelo beveridgiano. (BOSCHETTI, 2009:52)

Contudo, a Constituição de 1988 representou uma oportunidade de se promover avanços significativos no padrão de proteção social brasileiro. Pode-se considerar como avanços os princípios universalistas dos direitos sociais, para maior igualdade, a partir de políticas de Estado, manifestadas pela garantia de uma renda mínima e na edificação de equipamentos públicos gratuitos de acesso universal. São avanços que parecem caminhar na direção de um novo sistema com políticas mais redistributivas e maior responsabilidade pública na sua regulação, produção e operação.

Ao definir a seguridade social como conceito organizador da Proteção Social Brasileira, o texto ampliou a cobertura do sistema previdenciário com a flexibilização do acesso aos benefícios da Previdência pelos trabalhadores rurais; também reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva, operando serviços e benefícios monetários; e tornou universal o atendimento à saúde, a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, “seguridade social é um conceito estruturante das políticas sociais cuja principal característica é de expressar o esforço de garantia universal da prestação de benefícios e serviços de proteção social pelo Estado” (DELGADO et al, 2008:21).

A Constituição de 1988 possibilitou garantias ao conjunto da população e, com a assistência social, rompeu o foco na caridade antes característico da assistência social, conferindo status de direito às ações para provimento de condições indispensáveis à defesa da vida. Indivíduos que antes se encontravam fora do sistema de proteção social passaram a ter a perspectiva de inclusão nesse sistema mesmo que não estejam inseridos no mercado formal de trabalho. Os benefícios passaram a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamentos nos princípios de justiça social, estendendo-se universalmente a cobertura e integrando as estruturas governamentais nos três níveis, o federal, o estadual e o municipal.

Do conjunto da proteção social preconizada pela Seguridade Social na Constituição, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) pode ser considerado como um dos frutos do avanço do Estado Democrático de Direito. O BPC, como benefício da Proteção Social Básica, compõe a Política de Assistência Social com vistas ao enfrentamento da pobreza, à garantia de proteção social, ao provimento de condições para atender às situações de

riscos que acometem a sociedade, além de assegurar a universalização dos direitos sociais.

### **1.3 A política de assistência social como política de seguridade social**

Conforme exposto, as políticas da seguridade social brasileira (Saúde, Previdência Social e Assistência Social) são legalmente voltadas para a concepção do direito social e guiadas pelos princípios da universalidade e da igualdade. Porém, a seguridade social se submete ao ajuste neoliberal do período posterior à Constituinte, com tendência de privatização das políticas de saúde e previdência, mas, em contrapartida, a expansão da política de assistência social que, a partir de então, assumiu um papel central na proteção social brasileira (SOARES, 2008:54).

A condição de proteção no âmbito do trabalho é tratada na forma de Previdência Social. Já a proteção social não-contributiva, segundo Sposati (2009), nasce do princípio de preservação da vida e, sobretudo, a partir do terceiro fundamento da República brasileira: a dignidade da pessoa humana (Constituição Federal de 1988, art.1º, inciso III). O artigo 203 da Constituição, no que diz respeito à Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), determina que a proteção se aplica: à família; à maternidade; ao ciclo de vida (infância, adolescência e velhice) e, no caso do idoso e das pessoas com deficiência, com acesso ao benefício que veio a ser chamado de Benefício de Prestação Continuada.

Ainda com base na Constituição, no artigo 230, a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. O artigo 23 estabelece como “competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, no inciso II, “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) concretiza o esforço de sistematizar o conteúdo da assistência social como política de proteção social, sendo concebida como responsável por três funções.

*Vigilância social* como capacidade de detectar, monitorar as ocorrências de vulnerabilidade e fragilidade que possam causar a desproteção, além da ocorrência de riscos e vitimizações.

*Defesa de direitos* como uma preocupação com os procedimentos dos serviços no alcance de direitos socioassistenciais e na criação de espaços de defesa para além dos Conselhos de gestão da política.

*Proteção social* que inclui a rede hierarquizada de serviços e benefícios, tratando-se aqui de duas formas complementares de atenção, que são: benefícios e serviços. (SPOSATI, 2009, 41)

Desse modo, prossegue Sposati, o modelo de proteção social não contributiva tem cinco características que demarcam seu processo de gestão em todo o Brasil. A primeira característica é ter a assistência social como política de direitos que opera serviços e benefícios em geral, de governos locais, com base nos dispositivos de transferência de renda ou de benefícios. A segunda é o seu caráter federalista, que supõe a ação integrada dos três níveis de gestão: o federal, o estadual e o municipal. A terceira é a de operar por meio de um sistema único, como as demais políticas sociais brasileiras. Neste caso, a referência é o Sistema Único de Assistência Social (Suas), implantado em 2005 (NOB-Suas, 2005). A quarta característica, própria das políticas sociais brasileiras, pelo vínculo entre democracia social e política, criado pelas lutas sociais na busca da democratização do Estado, combina processo de gestão com os sistemas de participação e controle social. A quinta característica é o modelo pactuado entre os entes federativos, operado por coletivos representativos de gestores nas comissões Bipartites e Tripartites (SPOSATI, 2009:46).

A assistência social é uma política que atende a determinadas necessidades de proteção social e, logo, o campo em que se efetivam as seguranças sociais como direitos. O direito perpassa diversas esferas. Neste trabalho, será abordado o direito à assistência social, entendido como o conjunto de normas com as quais o Estado provê ou não as necessidades gerais dos trabalhadores, fazendo-os beneficiários do sistema de proteção social.

Ao longo das últimas décadas, o desemprego em massa e os novos riscos sociais redefiniram o papel da assistência social. A assistência social, hoje, não é mais uma renda mínima temporária de último recurso, mas tornou-se uma política abrangente com apoio financeiro para os desempregados e pessoas “incapacitadas” por longo prazo ou de forma permanente.

A história da política de assistência social no Brasil configurou-se de maneira marginal em relação aos direitos sociais, pois ao longo do tempo esteve ligada a atividades voluntárias, carregadas de uma forte carga moralista de patrimonialismo, clientelismo e das diversas expressões da cultura do favor.

Essa prática assistencialista na assistência social brasileira leva ao que Teixeira (1989) conceitua como cidadania invertida, ou seja, para ter acesso aos direitos e serviços sociais, o possível beneficiário deve mostrar-se um não-cidadão, não tendo acesso aos demais direitos.

Na regulamentação do artigo 203 da Constituição, a Lei 8.742, de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) – vai abranger uma luta histórica pela afirmação de um novo padrão de assistência social no Brasil.

De acordo com Zimmermann e Andrade,

a implementação da Loas não aconteceu de forma linear, uma vez que enfrentou grandes resistências dos governantes, sobretudo no período do governo FHC (1995-2002). As medidas neoliberais adotadas por este governo escamotearam a possibilidade de estruturação de um sistema de proteção social público no Brasil em detrimento de uma medida de transformação da responsabilidade estatal à sociedade civil com a adoção do Programa Comunidade Solidária. A lógica do Programa acarretou uma fragilidade da possibilidade de implementação dos padrões de gestão pública estabelecidos na Loas. (ZIMMERMANN e ANDRADE, 2008:72)

Assim, após a Constituição de 1988, “a ação pública, por seus princípios, é destinada a todos e tem responsabilidade de resolver, suprir e prover determinadas necessidades sociais da população” (SPOSATI, 2009:13). Portanto, a política pública enquanto direito do cidadão e dever do Estado aponta para o fazer da política de proteção social, que deve se efetuar articulada com outras políticas sociais e atender a quem dela precisar, alcançando todos que se encontram em situações de risco ou de vulnerabilidades sociais, no sentido de garantir direitos sociais e cidadania.

A aprovação da Loas em 1993 significou um avanço importante no sentido de romper com a fragmentação e o paralelismo que caracterizavam as ações da área social. Em seguida, uma série de decretos e normas fortaleceriam a política de Assistência Social, com destaque para a Lei 12.435/2011, demonstrando que o Suas se apresenta como um elemento necessário e importante para a consolidação e ampliação da seguridade social.

A integração do Suas no âmbito da Seguridade Social é critério fundamental para sua efetivação. Como sistema que operacionaliza os princípios da PNAS, o Suas materializa princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social em suas orientações centrais, e estabelece um sistema em seu sentido mais estrito, ou seja, como estrutura organizada com base em um conjunto de serviços socioassistenciais interrelacionáveis e agrupados por características de proximidade, e em diferentes tipos de proteção social (BEHRING & BOSCHETTI, 2007).

Nesse momento da história da Assistência Social, o avanço da Assistência num contexto de seguridade passa por momentos instáveis, pois, apesar de avanços constitucionais, há ainda políticas neoliberais que provocam processos desarticuladores, de desmontagem e retratação de direitos e investimentos no campo social. A pressão do Consenso de Washington, com sua proposição de que é preciso limitar a intervenção do Estado e realizar as reformas neoliberais; a presença dos organismos internacionais (FMI, Banco Mundial) responsáveis por estabelecer as estratégias para o enfrentamento da crise por parte dos países periféricos; e a redução da autonomia nacional, ao lado da adoção de medidas econômicas e do ajuste fiscal, são características desse contexto que, no campo da Proteção Social, vai se enfrentar com o crescimento dos índices de desemprego, pobreza e indigência.

Ou seja, na 'contramão' das transformações que ocorrem na ordem econômica internacional, tensionado pela consolidação do modelo neoliberal, pelas estratégias de mundialização e financeirização do capital, com a sua direção privatizadora e focalizadora das políticas sociais (...) (YAZBEK, 2012: 302).

A Lei do Suas, como ficou conhecida a Lei 12.435/2011, reconhecendo a importância de a Assistência Social articular programas, serviços e benefícios, recomenda no art.24 que “os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada”. Por isso no capítulo seguinte, será abordado com maior riqueza de detalhamento, o movimento histórico da política de assistência social em torno do BPC e o Sistema Único da Assistência Social. O capítulo seguinte aborda a atual organização da Política de Assistência Social, a

construção e fortalecimento do Suas e a perspectiva de construção de acesso aos serviços socioassistenciais dos beneficiários do BPC no contexto do Suas.



## **2 O SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL: O BPC EM QUESTÃO**

Este capítulo desenvolve reflexões acerca do significado da política de assistência social em todo o território nacional de acordo com o paradigma do Suas. Tal paradigma traz uma nova conformação inclusive para o BPC, em seus aspectos legais, conceituais e operacionais. Na trajetória de avanços e desafios da Assistência Social, observa-se a implementação do Suas enquanto um sistema público que busca organizar a Assistência Social no sentido da universalização do direito à proteção social no Brasil, e impõe um conjunto de desafios de ordem político-institucional, administrativo-financeiro e técnico-operativo, bem como de sustentação e legitimação social.

Em seguida, são analisados os serviços socioassistenciais do Suas a partir da lógica da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais e da Lei 12.435/11, que pressupõe um atendimento continuado e permanente às famílias pela política de Assistência Social. Por fim, o capítulo trata do BPC no contexto do Suas, a fim de compreender as mudanças legais e operacionais que têm possibilitado a ampliação do acesso.

Passadas (...) mais de duas décadas da aprovação da Loas, analisar o processo de implantação dessa nova matriz para a Assistência Social, com suas 'virtudes' e 'vicissitudes', não se constitui em simples tarefa. Isso porque as possibilidades contidas nessa matriz, assim como as saídas que aponta e os avanços que alcançou, particularmente após a aprovação da PNAS e do Suas em 2004, vêm enfrentando conjunturas adversas, perante as quais os sujeitos comprometidos com sua feição pública buscam construir um projeto de resistência e de ruptura frente à implosão de direitos alimentada pelo ideário neoliberal, afirmando por sua vez os direitos sociais dos usuários da assistência Social. Nesse sentido, pode-se afirmar que a implantação da PNAS e do Suas tem liberado, em todo o território nacional, forças políticas que, não sem resistências, disputam a direção social da assistência social na perspectiva da justiça e dos direitos que ela deve consagrar, a partir das profundas alterações que propõe nas referências conceituais, na estrutura organizativa e na lógica de gestão e controle das ações na área. (COUTO et al., 2010:37)

Com base no parágrafo único do artigo 2º da Lei Orgânica da Assistência Social, “a Assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais”. Assim, o alcance de mínimos sociais via acesso a uma renda mínima compatível com o atendimento às necessidades básicas deve ser conjugado à oferta de serviços, programas e processos que assegurem segurança, sentido de pertencimento social e facilitação e apoio para o acesso às demais políticas sociais (FONSECA, 2007).

O Suas apresenta-se como um elemento necessário e importante para a consolidação e ampliação da seguridade social. Nesse sentido, sua integração no âmbito da Seguridade Social é critério fundamental para sua efetivação. “A efetivação da assistência social enquanto política de seguridade social de responsabilidade do Estado é o reconhecimento do direito, da cidadania e da negação da assistência social como uma dádiva” (MDS, 2007:23). Como sistema que operacionaliza a Política Nacional de Assistência Social, o Suas materializa princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social em suas orientações centrais e estabelece um sistema em seu sentido mais estrito, ou seja, como estrutura organizada com base em um conjunto de serviços socioassistenciais inter-relacionáveis e agrupados por características de proximidade, e em diferentes tipos de proteção social.

O Suas também resgata e enfrenta desafios importantes para a consolidação da política de assistência social: estabelece normas regulatórias nacionais que instituem a assistência social como política de Estado, o que pode torná-la menos permeável aos interesses clientelistas; estabelece critérios e objetivos de partilha de recursos entre os serviços socioassistenciais e entre Estados e Municípios; cria mecanismos compulsórios para provocar uma relação (até então inexistente) entre programas, projetos, serviços e o BPC e Bolsa Família; estabelece uma relação contínua e democrática entre planos, fundos, conselhos e órgão gestor; garante a aplicação autônoma dos recursos pelos municípios com repasse automático e regular de recursos fundo a fundo; estabelece e sistematiza indicadores sociais e institui um sistema informatizado de acompanhamento e monitoramento da política de assistência social, até então inexistente (BOSCHETTI, 2005).

De acordo com Raichelis (2000), a política de assistência social deve exercer uma função democratizadora e universalizante no campo da seguridade social, fazendo estender o padrão de cobertura social aos segmentos sociais não contributivos, através das interfaces com as outras políticas setoriais, tendo em vista equacionar as necessidades sociais dos segmentos mais vulneráveis.

O BPC instituído constitucionalmente possui expressividade no seu alcance a idosos e pessoas com deficiência. Seu orçamento é definido a partir do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e detém a maior parte desse fundo, o que caracteriza a tendência da política investir em benefícios e menos em serviços. Possui regras próprias e critérios de elegibilidade contribuindo para a garantia e ampliação da proteção social, em forma de renda básica, pois, conforme preconizam os preceitos legais, “a assistência social, 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” (Loas, art. 1º). Segundo Rochet, pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea),

O programa é pioneiro na concessão de benefícios voltados para pessoas até então excluídas de qualquer mecanismo público de transferência de renda e sua criação trouxe uma mudança no padrão de proteção social brasileiro no campo da garantia de renda, tradicionalmente identificado como os seguros sociais. (IPEA, 2008:1)

Mesmo assim, o reconhecimento jurídico não significa a efetivação dos direitos. A morosidade na regulamentação inicial, critérios restritivos e a desinformação tornaram-se os principais entraves no acesso aos direitos, dificultando a conquista da cidadania. Ressalte-se que o BPC foi regulamentado somente com o Decreto nº 1.744, de 5 de dezembro de 1995. Mediante a Orientação Normativa/INSS nº 14, de 22 de dezembro de 1995, disciplinaram-se as rotinas operacionais quanto ao requerimento, concessão e manutenção desse benefício. O BPC tornou-se realidade a partir de 1º de janeiro de 1996, oito anos após a promulgação da Constituição.

Decorridos 18 anos da concessão dos primeiros benefícios, alguns desafios se apresentam no sentido de garantir sua efetividade enquanto

política pública de proteção social. Entre esses desafios estão o de assegurar amplo reconhecimento das provisões da assistência social como direito de cidadania, e a ainda insuficiente articulação política e técnica das esferas governamentais (União, Estados e Municípios) na operacionalização do BPC. Assim, ao se tratar da gestão do BPC, está em pauta, sobretudo, a atenção aos beneficiários, articulando o processo de gestão a serviço do usuário. Mais do que a busca da racionalidade de processos, da agilidade de procedimentos, do aprimoramento das ações de operacionalização, estabelece-se o compromisso com o cidadão e suas necessidades. Nesse sentido, é importante considerar que as necessidades dos beneficiários não se esgotam no direito à renda de sobrevivência, pois a transferência dessa quantia cumpre um objetivo, mas não alcança sua completa efetividade se não estiver organicamente vinculada às demais ações das políticas sociais. O benefício deve contribuir para retirar o beneficiário da situação de marginalização, vinculando-o aos demais serviços, programas e projetos da rede socioassistencial. Essa vinculação é imprescindível para dar substancialidade ao BPC, possibilitando que ele atenda às necessidades mínimas de vida (MDS, 2007).

O crescimento da cobertura de benefícios socioassistenciais na modalidade de transferência de renda, como o BPC, suscitou novas demandas para o trabalho com famílias, vinculando a presença dos serviços de assistência social como plenitude necessária ao benefício. A publicação do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Suas, em 2009, é um importante marco no reconhecimento do impacto e alcance da transferência de renda em todo o território nacional, e da necessidade de integração destes com os serviços socioassistenciais. Isto porque esse protocolo tem como objetivo a articulação entre a segurança de renda e de convívio comunitário. Sua finalidade é gerir a integração entre os serviços, benefícios e programas de transferências de renda do Governo Federal que compõem a PNAS. O Protocolo reforça a necessidade da importância da segurança adquirida pelos indivíduos, através dos benefícios e programas, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti). Para alcançar aos objetivos propostos, o Protocolo define as competências dos governos municipais, estaduais e federal, além de descrever procedimentos

para o acompanhamento familiar dos beneficiários pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas) (BRASIL, 2014).

De acordo com o MDS, os Programas e Benefícios voltados para a garantia do direito à renda, pela primeira vez na história das nossas políticas sociais, alcançam uma escala que efetivamente se aproxima de um cenário de universalização. Com base no Boletim Informativo do BPC de maio de 2013, em 1996, quando foi instituído, o BPC atendia a 346 mil pessoas. Em 2012, foram 3,77 milhões de benefícios pagos com investimento de 27,4 bilhões de reais. De 2008 a 2012 houve um crescimento de 84% de beneficiários e os recursos investidos passaram de 13,8 para 27,4 bilhões de reais, com crescimento de 13,6 bilhões de reais. Em 2012, foram concedidos 328.263 Benefícios de Prestação Continuada a idosos e pessoas com deficiência e, até julho de 2014, o BPC atingiu mais de quatro milhões de beneficiários, com 1.855.680 de idosos e 2.206.625 de pessoas com deficiência (MDS, 2014).

Simultaneamente à expansão dos programas e benefícios que transferem renda – tendência da política social em toda a América Latina –, a implantação do Suas também imprime uma nova dimensão e significado para o campo da Assistência Social no país.

A expansão da oferta de serviços socioassistenciais é uma diretriz do Plano Decenal da Assistência Social. Gradualmente, busca-se que o Suas seja capaz de ofertar, com qualidade, um volume de serviços compatível com as necessidades da população brasileira e, em especial, das famílias que atualmente já são beneficiadas pelas ações de transferência de renda. Entende-se que benefícios como o BPC constituem respostas extremamente importantes para a garantia da segurança de sobrevivência das famílias pobres. Entretanto, os riscos e vulnerabilidades sociais que atingem as famílias e indivíduos colocam desafios e necessidades que em muito extrapolam a dimensão da renda. Neste sentido, é somente por meio da oferta simultânea de serviços que a Assistência Social pode assegurar de forma integral a promoção e proteção dos direitos e seguranças que lhe cabem afiançar. É no âmbito dos serviços que se pode trabalhar efetivamente os aspectos objetivos e subjetivos relacionados aos direitos de convivência familiar e comunitária e à segurança de acolhida, conforme determina a Política Nacional de Assistência Social. (BRASIL, 2004)

Com base no Caderno de Textos da VIII Conferência Nacional de Assistência Social,

A sinergia gerada pela oferta simultânea de renda e de serviços socioassistenciais potencializa a capacidade de recuperação, preservação e desenvolvimento da função protetiva das famílias, contribuindo para sua autonomia e emancipação, assim como para a eliminação ou diminuição dos riscos e vulnerabilidades que sobre elas incidem. (BRASIL, 2011:47)

Apesar de a política de assistência social ter conquistado esse status de direito, percebe-se que, mesmo com a implantação do BPC, o funcionamento do benefício ainda enfrenta problemas na sua efetivação e no alcance a todos que dele necessitam. Diante disso, este trabalho optou por investigar o acesso das pessoas idosas e com deficiência, beneficiárias do BPC, às políticas socioassistenciais de seu município. Embora se trate de medida de proteção social para pessoas em situação de extrema pobreza, o acesso é ainda bastante excludente. O BPC é assegurado por lei e um importante direito conquistado por esta categoria de beneficiários, mas muitos ainda não sabem disso ou não o reconhecem como direito. É essencial reafirmar o BPC como um direito assistencial de seguridade destinado e assegurado a todos que dele necessitem. De acordo com a Cartilha BPC,

Com a finalidade de desenvolver e manter uma rede de proteção social integral aos(as) beneficiários(as) do BPC, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS tem promovido ações junto com outros Ministérios, demais entes federados e a sociedade, na perspectiva de assegurar a melhoria da qualidade de vida, a participação e inclusão dos(as) beneficiários(as) e suas famílias no contexto social, a exemplo do Programa BPC na Escola e BPC Trabalho, além de outras iniciativas como o cadastramento dos beneficiários do BPC e suas famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CADÚnico e a extensão do desconto previsto na aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE às unidades residenciais dos beneficiários do BPC. (BRASIL, 2011:18)

A tarefa da assistência social e do BPC, como política de proteção social para idosos e pessoas com deficiência, não constitui desafio simples para sua implantação. Assim, estudos sobre a execução de políticas públicas, como esta pesquisa, podem ser considerados importantes para seu constante aperfeiçoamento, principalmente quando se deseja materializar os princípios de justiça distributiva.

Na pesquisa realizada, grande parte dos municípios tem pessoas que moram em comunidades rurais, sem acesso a um sistema de transporte

público e com dificuldades para chegar até a sede dos seus municípios e, de lá, às agências do INSS. Essas pessoas, geralmente com baixo grau de instrução formal, não têm informação suficiente, não sabem quais documentos precisam apresentar e nem mesmo preencher o formulário de solicitação do benefício. Ou seja, há uma falta de esclarecimento dos usuários acerca de seus direitos e dos meios de exercê-los.

O BPC é operacionalizado pelas Agências da Previdência Social (APS) do INSS com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social. Para solicitar o benefício não é necessário procurar intermediários, como advogados ou contadores. O idoso ou a pessoa com deficiência deve procurar diretamente a Secretaria Municipal de Assistência Social ou o posto do INSS mais próximo de sua residência. Para solicitar o Benefício Assistencial, o requerente tem que agendar o atendimento. A remarcação pode ser realizada uma única vez e deve ocorrer antes do horário agendado. Tem direito o brasileiro nato ou naturalizado, idoso, residente e domiciliado no Brasil, que não receba qualquer outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, salvo o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória. Também tem direito o indígena idoso, que não receba qualquer outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica. De acordo com a Cartilha BPC, do MDS (2011:8), o requerente ao benefício deve apresentar documentos originais de identificação, certidão de nascimento ou de casamento, bem como comprovantes de renda próprios e de todo o grupo familiar, e certidão de óbito de esposo(a) falecido(a). É necessário, ainda, preencher e assinar o formulário de requerimento do benefício, assim como a declaração de composição do grupo e da renda familiar. Não é necessário apresentar o CPF no ato do requerimento do BPC. No entanto, o requerente deve apresentá-lo no prazo de 60 dias, sob pena de suspensão do benefício. A verificação dos critérios de elegibilidade<sup>5</sup>, na concessão, é feita por meio do Cadastro Nacional de

---

<sup>5</sup> Quanto aos critério de elegibilidade, de acordo com o Portal de Notícias do Senado Federal, a Comissão de Assuntos Sociais (CAS) irá votar projeto de lei que garante ao idoso que não tenha condição de prover a própria subsistência, nem de tê-la provida por sua família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) de um salário mínimo, a partir dos 60 anos. Atualmente, esse benefício, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), é pago a idosos acima de 65 anos e pessoas com deficiência sem meios próprios de sustento. O projeto de lei (PLS 279/2012) altera a Loas para que o BPC seja concedido a partir de 60 anos,

Informações Sociais (CNIS), base de dados nacional que contém informações cadastrais de trabalhadores empregados e contribuintes individuais, empregadores, vínculos empregatícios e remunerações.

Devido a sua natureza e grau de complexidade, o BPC passou a integrar o conjunto de ações da Proteção Social Básica, que é a modalidade de atendimento, prevista na PNAS, destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente de pobreza, privação ou fragilização de vínculos.

O BPC tem por objetivo propiciar proteção social às pessoas idosas e às pessoas com deficiência, em face de vulnerabilidades decorrentes da velhice e da deficiência agravadas pela insuficiência de renda, assegurando-lhes o sustento e favorecendo o acesso às políticas sociais e a outras aquisições, bem como a superação das desvantagens sociais enfrentadas e a conquista de sua autonomia. Conforme Gomes:

O BPC encontra sua identidade na proteção básica, pois visa garantir aos seus beneficiários o direito à convivência familiar e comunitária, bem como o trabalho social com suas famílias, contribuindo para o atendimento de suas necessidades e para o desenvolvimento de suas capacidades e de sua autonomia. (GOMES, 2005:61)

## **2.1 O Suas e a Assistência Social: avanços e desafios**

O conceito básico que pontua a política de assistência social é o de proteção social, aqui entendida como um conjunto de ações com o objetivo de proteger toda a sociedade, ou parte dela, contra os riscos naturais e/ou sociais, decorrentes da vida coletiva (MENDES, WUNSCH, COUTO, 2006:212).

A PNAS aponta para a realização de ações direcionadas a proteger os cidadãos contra riscos sociais inerentes aos ciclos da vida e para o atendimento das necessidades sociais.

Historicamente, a assistência social brasileira foi organizada através de práticas clientelistas baseadas em relações de favor, que dificultaram a inclusão social e a universalização de direitos. Essas ações, por vezes

---

já que essa é a idade mínima para definir idoso adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo próprio Estatuto do Idoso (Lei 10.741/ 2003) (...) O projeto será votado na CAS em caráter terminativo, ou seja, se for aprovado sem recurso ao Plenário, seguirá direto para a Câmara. A matéria já foi aprovada pela Comissão de Direitos Humanos (CDH). (Senado Federal. Portal de Notícias. Disponível em: <<http://journalpetitenfant.blogspot.com.br/2013/05/beneficio-de-prestacao-continuada.html>>. Acesso em: 26.5.2013.



focalizadas e de pouca efetividade, provocaram dependência e mascararam os processos de exclusão, de indignidade social, impedindo a autonomia dos sujeitos e desmobilizadora da possibilidade de constituição do cidadão como sujeito de direitos. Compreender a Assistência Social enquanto política tem o significado de romper com a cultura do favor, da ajuda, do compensatório, da subalternidade.

A tarefa de construir um sistema público e único de gestão descentralizada e participativa foi iniciada na Constituição Federal de 1988 e teve continuidade na Lei Orgânica da Assistência Social, em 1993, com avanços que incluem princípios como descentralização, municipalização, participação popular, controle social e o comando único das ações nas diferentes esferas governamentais.

Como afirma Sposati (2006:102), “desde a I Conferência Nacional de Assistência Social, em novembro de 1995, foram expressas manifestações e deliberações pela institucionalização do Suas sem contudo encontrar eco em ações normativas consentâneas”. Muito se avançou em conferências, conselhos, debates políticos e profissionais relacionados ao controle social sobre a política de Assistência Social.

Em 2004, a PNAS, através do Sistema Único de Assistência Social, reafirmou o direcionamento social em nível nacional de constituir um regime geral próprio que ampliasse e aperfeiçoasse o sistema descentralizado e participativo regulado anteriormente pela PNAS/98 e pelas Norma Operacional Básica (NOB)/97 e NOB/98. Isso é confirmado no próprio texto de justificativa da NOB/Suas 2005, quando esclarece sua relação com as normas operacionais anteriores ao dizer que “retoma as normas operacionais de 1997 e 1998 e constitui o mais novo instrumento de regulação dos conteúdos e definições da Política Nacional de Assistência Social (PNAS-2004) que parametram o funcionamento do Suas” (BRASIL, 2005:84).

Assim, a PNAS/98 e as NOBs 97 e 98 inauguraram o debate e a construção do desenho institucional e organizacional da assistência social em seu formato de política de Estado, decorrendo delas o Sistema Descentralizado e Participativo de Assistência Social que hoje se constitui no Suas.

No campo da proteção social brasileira, o Suas institui e regula o regime próprio de gestão e o conteúdo específico da assistência social, materializando

e operacionalizando a política de assistência social para o cumprimento de seus referentes legais, quais sejam a CF 1988 e a Loas 1993.

O Suas pressupõe ações organizadas em sistema descentralizado e participativo. Esse sistema é constituído pelas entidades e organizações de Assistência Social e por um conjunto de instâncias deliberativas composto pelos diversos setores envolvidos na área e com um comando único em cada esfera de governo.

A PNAS de 2004 expressa a materialidade do conteúdo da assistência social, construindo novas bases dessa política pública como direito de cidadania e de responsabilidade do Estado. Essa política foi operacionalizada através da NOB/Suas/2005 e atualizada recentemente pela NOB/Suas/2012. Esta define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social, possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial.

Yasbek (2004) ressalta como um dos aspectos positivos do Suas a incorporação das demandas da sociedade na área da assistência social, a noção de território e a centralidade da família e de sua proteção integral. De acordo com a PNAS,

O Suas, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, constitui-se na regulação e organização em todo o território nacional das ações socioassistenciais. Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e o território como base de organização, que passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela sua complexidade. Pressupõe, ainda, gestão compartilhada, cofinanciamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil e estes têm o papel efetivo na sua implantação e implementação. (BRASIL, 2004:39)

A implantação desse sistema único supõe ainda garantir o rompimento da fragmentação no planejamento entre as esferas do governo, evitando a superposição de ações por categorias ou segmentos sociais, na perspectiva da família. Para tanto, estabelece prerrogativas como a gestão compartilhada, o co-financiamento e a cooperação técnica entre os três entes federativos, com

divisão de responsabilidades entre esses entes para instalar, regular, manter e expandir as ações de assistência social como dever de Estado e direito do cidadão. A Defesa Social e Institucional prevê que a proteção social básica e a especial devem ser organizadas pelos vários órgãos que prestam serviços na área de assistência social, de forma que garanta a seus usuários o acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais previstos no Suas. Assegura também o direito a um atendimento digno sem procedimentos vexatórios e coercitivos; a acessar a rede de serviço sem longa espera e de acordo com a própria necessidade; a informação; a manifestação, pelo usuário, de seus interesses; a oferta qualificada de serviço; e o direito a convivência familiar e comunitária, entre outros.

O Suas, portanto, regula em todo o território nacional a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades nas ações de assistência social, sob lógica de ação em rede hierarquizada, comportando quatro tipos de gestão: dos Municípios, do Distrito Federal, dos Estados e da União. Em relação aos níveis de gestão, na esfera municipal são denominados: inicial, básica e plena. Seguem a lógica do grau de comprometimento da política municipal com as diretrizes e prioridades previstas tanto na Loas quanto no Suas, que se torna uma grande rede de articulação provedora das ações sociais básicas e especiais para garantir seguridade social à população. Portanto, a concepção do Suas parte de sua responsabilidade de não só garantir direitos, mas também de concretizá-los, tornando a sociedade mais justa, equânime e assegurando a proteção social à população em situação de vulnerabilidade, risco e exclusão social.

### **2.1.1 Sobre os serviços socioassistenciais do Suas**

Quando da organização da proteção social em dois níveis, o básico e o especial, em cada nível foi criada uma rede de serviços e benefícios articulando as unidades públicas e organizações da sociedade civil.

Apesar da primazia do Estado nas ações da assistência social, a partir do Suas, mantiveram-se no desenvolvimento dessas ações as entidades que antes prestavam assistência social. Essas entidades, que marcaram historicamente a prestação da assistência social, no que a PNAS consolidara

como parceria público-privado, passaram a integrar a rede socioassistencial e junto com o Estado, desenvolver ações em rede. Desse modo, o Estado coordena o processo onde instituições não-governamentais (ONGs) e governamentais (OGs) constituem parte do processo de condução dos serviços da Assistência Social.

Esta rede deve ser articulada no nível da Proteção Social Básica (PSB) através dos Cras e, no da Proteção Social Especial (PSE), através dos Creas. Cras e Creas são espaços públicos estatais relevantes, pois seu trabalho deve também induzir a rede no território onde se situa.

A PNAS vai indicar a forma de organização do atendimento às demandas socioassistenciais, apontando a metodologia de rede como estratégia garantidora do sistema. Para a política, os conceitos de integralidade, subsidiaridade e complementaridade estão em disputa. A efetividade da política pública é garantida pela coordenação estatal do sistema.

A territorialidade, um dos pontos centrais do sistema, se dá não apenas como espaço geográfico, mas como espaço de contradições, resistência, passividade, que precisa ser liberado para que a assistência social possa não só identificar as carências da população, mas também as formas de resistências produzidas.

Considerando o território como ponto central de atuação, é reconhecida a presença de múltiplos fatores de vulnerabilidade e de recursos econômicos, sociais e culturais presentes em determinado local, e o impacto desses fatores na fragilização ou no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Na organização societária brasileira no interior do território e fortalecendo os aspectos de rede e intersetorialidade, as políticas sociais se inscrevem na lógica de setorização que recorta o social em partes, demandando um processo de articulação que supere a tendência de compreender os problemas sociais independentemente das causas estruturais que originam (COUTO, 2009).

Estar no território também significa estar mais próximo das demandas sociais, dando possibilidade de voz aos mais vulneráveis e estimulando a presença e o fortalecimento de instâncias mais participativas no âmbito territorial.

Com base no Suas, ao territorializar a proteção à família, a assistência social a fortalece e promove sua integração às demais políticas setoriais, garantindo-lhe acesso aos demais direitos socioassistenciais.

O acesso à política de assistência social no Suas se dará na condição de sujeito de direitos, que se constroem e se garantem na coletividade tendo como centralidade a família, na tentativa de romper com a lógica individualista de prestação de serviços assistenciais. (COUTO, 2009:215)

A partir do Suas,

a organização dos serviços vai apontar para a necessidade de garantir a qualidade de acesso na condição de direito e de enfrentar o grande desafio de romper com uma cultura instalada e enraizada na sociedade brasileira, especialmente no que se refere ao tratamento da pobreza baseado em um viés conservador que não permite a instalação de uma cultura de direitos sociais. (COUTO, 2009:215)

A redefinição da rede socioassistencial passa pela tentativa de romper com serviços por segmentos e realinhar uma rede de prestação de serviços articulada às necessidades sociais.

Logo, o trabalho em rede vai exigir forte direção da coordenação estatal, uma vez que no campo assistencial ele vem sendo sinônimo da soma de entidades existentes, e não a conjugação de um sistema disponível para o enfrentamento das refrações da questão social. A rede deve ser propulsora de trabalho sincronizado entre os serviços, programas e projetos e a transferência de renda (CASTRO, 2009:216).

As ações, os serviços socioassistenciais ofertados no âmbito do Suas, de acordo com a PNAS 2004, devem garantir o restabelecimento de vínculos pessoais, familiares, comunitários e de segmento social, mediante ofertas de serviços desenvolvidos em rede para os diversos ciclos de vida, considerando suas características e necessidades.

A proteção social através de serviços e ações socioassistenciais operados em rede deve proteger e recuperar as situações de abandono e isolamentos de idosos, jovens, adultos, crianças e adolescentes resgatando a capacidade de convívio, construindo autonomia. Desse modo a assistência social legitima as demandas de seus usuários e configura-se como espaço de ampliação de seu protagonismo. (XAVIER, *sem data*:8)

São eixos estruturantes da gestão do Suas: precedência da gestão pública da política; alcance de direitos socioassistenciais pelos usuários; matricialidade sociofamiliar; territorialização; descentralização político-administrativa; financiamento partilhado entre os entes federados; fortalecimento da relação democrática entre Estado e Sociedade Civil; valorização da presença do controle social; participação popular/cidadão usuário; qualificação de recursos humanos; informação, monitoramento, avaliação e sistematização de resultados.

O processo de regulação da dinâmica do Suas, de acordo com PNAS/2004, é socialmente orientado pela ação pública territorialmente adequada e democraticamente construída, com definição de competências específicas de cada esfera governamental; pela valorização do impacto social das diversas políticas estruturais e pelo desenvolvimento social sustentável.

Para a operacionalização e funcionamento do Suas, em 2005, foi apresentada a NOB/Suas. A NOB vem reafirmar, em seu conteúdo, a caracterização da assistência social no campo da proteção social brasileira, com o estabelecimento da configuração dos serviços como rede socioassistencial, com gestão compartilhada nas três esferas de governo.

Diante disso, o conceito de rede socioassistencial explicitado na NOB/Suas comporia um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade "(...) que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas as unidades de provisão da proteção social" (BRASIL, 2005:94).

Entre as mudanças propostas constam:

- Atendimento conforme a necessidade por nível de proteção;
- Organização do sistema com base no território, isso quer dizer, a localização dos serviços nos territórios com maior incidência de vulnerabilidades e riscos sociais para a população;
- A família como princípio matricial e ordenador das ações do poder público no âmbito da política de assistência social;
- Gestão compartilhada e co-financiamento entre as três esferas de governo;
- Definição clara das competências da União, dos Estados e do Distrito Federal e dos municípios;

- Recursos com repasses fundo a fundo e pisos de PSB e PSE;
- Planos de ação e prestação de contas automatizados;
- Sistema de informação para administração, monitoramento e avaliação das ações.

Os **princípios** do Sistema, previstos na NOB/Suas, representam a síntese do processo de construção do Suas:

- direção da universalidade do sistema por meio de: fixação de níveis básicos de cobertura de benefícios, serviços, programas, projetos e ações de Assistência Social de provisão partilhada entre os entes federativos; garantia de acesso aos direitos socioassistenciais a todos que deles necessitarem; articulação de cobertura com as demais políticas sociais e econômicas, em especial as de Seguridade Social;

- descentralização político-administrativa com competências específicas e comando único em cada esfera de governo;

- integração de objetivos, ações, serviços, benefícios, programas e projetos em rede hierarquizada e territorializada, pela complexidade dos serviços e em parceria com organizações e entidades de Assistência Social;

- comando único por esfera de gestão, orientado pela PNAS/2004, devidamente aprovada pela CNAS;

- ser referenciado por normas operacionais básicas que estabeleçam padrões de desempenho, padrões de qualidade e referencial técnico-operativo;

- sistema ascendente de planejamento através de planos municipais, estaduais e federal de Assistência Social, que detalham a aplicação da PNAS/2004, devidamente aprovados pelos respectivos Conselhos de Assistência Social;

- presença de espaços institucionais de defesa socioassistencial;

- presença de sistema de regulação social das atividades públicas e privadas de Assistência Social;

- sistema de gestão orçamentária para sustentação da política de Assistência Social através de orçamento público, constituído de forma participativa, com provisão de custeio da rede socioassistencial para cada esfera de governo, a partir do cálculo dos custos dos serviços socioassistenciais por elemento de despesa; transparência de prestação de

contas; mecanismos de transferência direta do fundo; princípio de relação entre entes federativos, e clara definição de fontes de financiamento;

- sistema de gestão de pessoas com contínua capacitação de gestores e dos agentes operadores das ações de Assistência Social;

- articulação interinstitucional entre competências e ações com os demais sistemas de defesa de direitos humanos, entre o Suas, o Sistema Único de Saúde, o Sistema Nacional de Previdência Social, o Sistema Nacional e Estadual de Justiça e o Sistema Educacional.

Os princípios organizativos apresentados são definidores da proposta da Política Nacional de Assistência Social e do Suas. É importante a discussão dos eixos estruturantes definidos para o Suas, porque são os que dão fundamento, organicidade e direção para as ações a serem desenvolvidas. Na sequência, serão apresentados também os fundamentos da Política de Assistência Social a partir de suas categorias centrais que são definidas pela PNAS/Suas como **eixos estruturantes**, que são: *Matricialidade Sociofamiliar, Descentralização político-administrativa e territorialização; Novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil; Financiamento; Controle Social; Política de Recursos Humanos; A informação, o monitoramento e a avaliação.*

**Matricialidade Sociofamiliar** - toma como pressuposto que para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar garantir condições de sustentabilidade para tal.

A Política de Assistência Social, considerando o processo crescente de vulnerabilização das famílias, tem um papel político importante enquanto parte da seguridade social na perspectiva dos direitos de cidadania e da universalidade da política.

É preciso definir a família de que se fala, porque, ao eleger os segmentos sociais mais frágeis no processo de universalidade da política, corre-se, segundo Sposati (2006:120), “o risco primeiro de fragmentação social. Isto é, de reduzir a sociabilidade; e o segundo risco é de operar a desintegração dos cidadãos do seu núcleo familiar, que é a primeira fonte e ambiente de referência”.

Assim, estabelecer a matricialidade sociofamiliar como categoria central na organização do Suas exige deslocar o foco das ações para o núcleo familiar – definido como mediação fundamental a relação entre os sujeitos e a



coletividade. A Assistência Social, para garantir a centralidade da família, precisa, enquanto política pública de Seguridade Social e de acordo com as características da população por ela atendida, fundamentalmente inserir-se na articulação intersetorial com outras políticas sociais para que as ações não sejam fragmentadas e se mantenha o acesso e a qualidade dos serviços para todas as famílias.

**Descentralização político-administrativa e territorialização** - tem como função a operacionalização da política de assistência social em rede, com base no território, como forma de superar a fragmentação na prática dessa política. No entanto, descentralizar não é municipalizar, pois ao descentralizar se compartilham atribuições e recursos, e quando se municipaliza há um repasse de responsabilidade para o município, mas sem compartilhamento do poder de decisão. Um dos maiores desafios na implementação do Suas é a descentralização, porque ela deve ocorrer no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que devem trabalhar na formulação e implantação de ações com relação ao usuário, prestigiando os serviços municipais, por haver uma proximidade maior dos usuários e priorizando o vínculo familiar e comunitário.

De acordo com a PNAS (2004:43), o princípio da homogeneidade por segmentos na definição de prioridades de serviços, programas e projetos torna-se insuficiente frente às demandas de uma realidade marcada pela alta desigualdade social. É necessário agregar ao conhecimento da realidade a dinâmica demográfica associada à dinâmica socioterritorial em curso e identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções, a partir de recortes territoriais que identifiquem conjuntos populacionais em situações similares. Também é preciso intervir por meio das políticas públicas, com o objetivo de alcançar resultados integrados e promover impacto positivo nas condições de vida.

Ainda segundo a PNAS,

para que isso aconteça é necessário alterar a forma de articulação das ações, privilegiando a universalização da proteção social: alterar a cultura e os valores em relação à rede socioassistencial, das organizações gestoras das políticas sociais e das instâncias de participação como um caminho para superar a fragmentação da política de Assistência Social. (BRASIL, 2004:14)

Com a finalidade de caracterizar os grupos territoriais, a PNAS define os municípios como de porte pequeno, médio, grande e metrópoles. Esta classificação tem a finalidade de instituir o Sistema Único de Assistência Social, identificando as ações de proteção especial, de média e alta complexidades, que devem ser estruturadas pelos municípios de médio, grande porte e metrópoles, bem como pela esfera estadual, por prestação direta como referência regional ou pelo assessoramento técnico e financeiro na constituição de consórcios intermunicipais. Deverá ser levado em conta, para tal, a realidade local, regional, o porte, a capacidade gerencial e de arrecadação dos municípios e o aprimoramento dos instrumentos de gestão, introduzindo o geoprocessamento como ferramenta da Política de Assistência Social.

**Novas bases para a relação entre Estado e Sociedade Civil** - de acordo com a PNAS (2004:47), a gravidade dos problemas brasileiros exige que o Estado assuma a primazia da responsabilidade em cada esfera de governo na condução da política. A sociedade civil deve participar como parceira, de forma complementar na oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de Assistência Social, tendo ainda o papel de exercer o controle social. Independentemente da gravidade dos problemas brasileiros, o Estado deveria assumir de modo a, em tese, garantir o acesso universal e equânime. Entender o Suas como uma política de Estado, e não de Governo, significa que o Estado deve ter responsabilidade pela implementação da política, garantido a qualidade e expansão dos serviços, ou seja: ter serviços próprios; implantar política de parcerias; coordenar a rede de forma articulada; financiar as ações; construir metodologia, controlar os resultados.

De acordo com o PPA 2012-2015 (BRASIL, 2012:139), Plano Mais Brasil, vale ressaltar a importância do Suas no âmbito do Plano Brasil Sem Miséria, contribuindo com a realização da Busca Ativa para localizar, cadastrar e incluir nos programas as famílias em situação de pobreza extrema. Também deve identificar os serviços existentes e a necessidade de criar novas ações para que essa população possa acessar os seus direitos.

Entende-se que uma das propostas e diretrizes desse sistema diz respeito à regulamentação dos benefícios, à organização dos serviços, programas e projetos, à articulação com outras políticas, dentre outros pontos, de forma a levar serviços e benefícios socioassistenciais mais perto das

peçoas, proporcionando, de acordo com a PNAS, status de direito da população à assistência social.

Para dar conta dessa atribuição, a administração pública precisará desenvolver habilidades específicas, com destaque para a formação da rede de proteção social básica e especial, com centralidade na família, tendo como razões fundamentais: a história das políticas sociais brasileiras, com destaque para a Assistência Social, que tem como marca a “diversidade, superposições e, ou paralelismo das ações, entidades e órgãos, além da dispersão de recursos humanos, materiais e financeiros” (BRASIL, 2004:47).

Por meio do Suas são definidos e organizados os níveis de proteção, bem como seus respectivos serviços, programas e benefícios, além da nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial. Essa dinâmica é considerada essencial e indispensável para que a Política de Assistência Social seja executada, dando condições para que os padrões dos serviços sejam normatizados, a qualidade no atendimento seja garantida e indicadores de avaliação e resultado sejam construídos.

**Financiamento** - o Suas é financiado através dos Fundos de Assistência Social nas esferas de governo federal, estadual e municipal.

O financiamento dos benefícios se dá de forma direta aos seus destinatários, e o financiamento da rede socioassistencial se dá mediante aporte próprio e repasse de recursos fundo a fundo, bem como de repasses de recursos para projetos e programas que venham a ser considerados relevantes para o desenvolvimento da política de assistência social em cada esfera de governo, de acordo com critérios de partilha e elegibilidade de municípios, regiões e/ou estados e o Distrito Federal, pactuados nas comissões intergestoras e deliberados nos Conselhos de Assistência Social. (BRASIL, 2004:49).

A NOB/Suas, ao tratar da gestão financeira, define os fundos de Assistência Social como

instância de financiamento da política pública de Assistência Social nas três esferas de governo, utilizando critérios de partilha de todos os recursos neles alocados, aprovados pelos respectivos Conselhos de Assistência Social. Estes caracterizam uma forma de gestão transparente e racionalizadora de recursos, contribuindo para uma Assistência Social fortalecida e com visibilidade no interior da Administração e também para o controle social da execução financeira. (NOB/SUAS, 2005:129)

A normatização do financiamento da Política de Assistência Social é ao mesmo tempo um avanço e um desafio, considerando a contradição entre a lógica dos fundos como forma de garantir recursos para as políticas sociais e a restrição nos investimentos sociais, tendo como justificativa uma política de contenção orçamentária. Essa política define a destinação constitucional de recursos para a área social como obstáculo à área econômica, constituindo-se assim num obstáculo a políticas de universalização da proteção social, que pretendem a redistribuição de renda e a implantação dos direitos sociais.

**Controle Social** - com base na Constituição Federal de 1988, o controle social significa instrumento de efetivação da participação popular no processo de gestão político-administrativo-financeira e técnico-operativa, com caráter democrático e descentralizado. O controle do Estado é exercido pela sociedade na garantia dos direitos fundamentais e dos princípios democráticos.

Os espaços de participação definidos pelo Suas são, prioritariamente, os conselhos e as conferências. As conferências, de acordo com a Loas, artigo 18, inciso VI, têm o papel de avaliar a situação da assistência social, definir diretrizes para a política e verificar os avanços ocorridos num espaço de tempo determinado. Os conselhos têm como principais atribuições a deliberação e fiscalização da política e de seu financiamento, em consonância com as diretrizes propostas pela conferência; a aprovação do plano; a apreciação e aprovação da proposta orçamentária para a área e do plano de aplicação do fundo, com a definição dos critérios de partilha dos recursos, exercidas em cada instância em que estão estabelecidos. Os conselhos, ainda, normatizam, disciplinam, acompanham, avaliam e fiscalizam os serviços de assistência social, prestados pela rede socioassistencial, definindo os padrões de qualidade de atendimento e estabelecendo os critérios para o repasse de recursos financeiros.

**A Política de Recursos Humanos** - a implementação do Suas, além de outros fatores, depende também dos trabalhadores que vão operá-lo. As novas relações a serem estabelecidas entre gestores e técnicos exigirão, além do compromisso com a Assistência Social como política, qualificação dos recursos humanos e maior capacidade de gestão dos operadores da política.

Com a finalidade de atender às necessidades e grandes defasagens do setor público e do setor não-governamental de recursos humanos para a

implementação do Suas, o Governo Federal aprovou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/Suas), através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Conselho Nacional de Assistência Social, por meio da Resolução n. 269, de 13 de dezembro de 2006.

As diretrizes para a gestão do trabalho pressupõem, de acordo com a NOB/RH/Suas (2007:14), entre outras dimensões, as seguintes: conhecer os profissionais que atuam na Assistência Social, caracterizando suas expectativas de formação e capacitação para a construção do Suas; vislumbrar o desafio proposto para esses profissionais, a partir dos compromissos dos entes federativos com os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, descentralização político-administrativa, intersetorialidade e participação da população; propor estímulo e valorização desses trabalhadores; identificar os pactos necessários entre gestores, servidores, trabalhadores da rede socioassistencial, com base no compromisso de prestação de serviços permanentes ao cidadão e da prestação de contas de sua qualidade e resultados; uma política de gestão do trabalho que privilegie a qualificação técnico-política desses agentes.

**A informação, o monitoramento e a avaliação** - são de importância relevante para a avaliação das ações nas políticas sociais. São processos que precisam ser desenvolvidos em todas as etapas de qualquer serviço. A Política de Assistência Social tem um sistema de informação, monitoramento e avaliação que visa garantir o acompanhamento de todo o processo da prestação dos serviços socioassistenciais. São considerados na PNAS (2004:58) como setores estratégicos de gestão e, portanto, exigem providências urgentes a serem desencadeadas para a formulação da PNAS e para a implantação do Suas.

Conforme a PNAS (2004:57), a questão da informação e as práticas de monitoramento e avaliação, aportes do novo sistema, devem ser apreendidas como exercício permanente e, acima de tudo, comprometido com as repercussões da política de Assistência Social ao longo de sua realização, em todo o território nacional.

A construção do sistema de informação, monitoramento e avaliação da PNAS pelo MDS, com a criação de uma secretaria de gestão da informação, tem sido fundamental enquanto ferramenta gerencial

para análises e avaliações, dando condições para o planejamento, avaliação e reorientação da política. Pautar-se em dados concretos de realidade, mesmo que inicialmente seu dimensionamento seja quantitativo, é um avanço, embora estudos qualitativos complementares e mesmo o aprimoramento dos processos de análises dos dados quantitativos precisem ser efetuados. (LAJÚS, 2010:83)

A Política de Assistência Social no contexto do Suas redirecionou a organização e gestão dos serviços e benefícios socioassistenciais. A proposta desse sistema é um novo modelo socioassistencial que reorganiza a rede de atendimento, redefinindo seus conceitos.

Entendem-se por serviços as atividades continuadas que visem à melhoria da vida da população, por meio do desenvolvimento de ações direcionadas para as necessidades básicas (MDS, 2008:266). Tais serviços são importantes na provisão da assistência social porque objetivam processar o acesso às seguranças e à cobertura de necessidades como alimentação, abrigo, lazer e cultura, profissionalização, informação, apoio psicológico e apoio domiciliar.

Os principais serviços da Política de Assistência Social no âmbito da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social são: o Programa de Atenção Integral à Família (Paif) e o Serviço de Convivência Social e Fortalecimento de Vínculos. Desenvolvem ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social visando ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

São usuários prioritários do Paif as famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais; famílias que atendem aos critérios de elegibilidade a tais programas ou benefícios, mas ainda não foram contempladas; famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros; pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social (MDS, 2009:7).

O Serviço de Convivência Social deve desenvolver, de acordo com o documento de Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, de 2009, ações intergeracionais e perceber a heterogeneidade dos grupos. Tal serviço deve ter articulação com o Paif, de modo a promover o atendimento das

famílias dos usuários desses serviços garantindo a matricialidade sociofamiliar da política de assistência social.

Deverão também incluir as pessoas com deficiência e considerar o Benefício de Prestação Continuada e Benefícios Eventuais como parte deste atendimento. Ex: Programa de Atenção Integral às Famílias, Centros de Convivência de Idoso, Projetos de Geração de Trabalho e Renda, serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens que visem sua proteção e o fortalecimento de vínculos familiares, ações socioeducativas de apoio à família. Os serviços de proteção social básica serão executados pelo Cras e pelas entidades que fazem parte da rede prestadora de serviços de Assistência Social.

Já a categoria *benefícios* caracteriza-se pela forma de transferência direta de valores aos seus beneficiários. No âmbito do Suas, esses benefícios podem ser de caráter continuado, no caso do BPC, ou eventual, como os definidos na Loas.

Assim, com base na IX Conferência Nacional de Assistência Social (2013:25) a oferta de benefícios, como o BPC, dos Benefícios Eventuais e do Programa Bolsa Família, constitui resposta extremamente importante para a garantia da segurança de sobrevivência de milhões de indivíduos e famílias. Entretanto, os riscos e vulnerabilidades sociais que atingem os beneficiários e suas famílias colocam desafios e necessidades que extrapolam a dimensão da renda. Neste sentido, é por meio da oferta simultânea de serviços que a assistência social pode assegurar de forma integral a promoção e proteção dos direitos e seguranças que lhe cabem afiançar. É no âmbito dos serviços que se pode trabalhar efetivamente os aspectos objetivos e subjetivos relacionados aos direitos de convivência familiar e comunitária e à segurança de acolhida, conforme determina a Política Nacional de Assistência Social (PNAS 2004).

Uma das ações de maior relevância para o aperfeiçoamento da gestão dos benefícios e sua integração com os serviços socioassistenciais é o cadastramento dos beneficiários e requerentes do BPC no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADÚnico), em razão das situações de vulnerabilidade e risco a que estão sujeitos, bem como pelo nível de renda familiar que apresentam. A inclusão efetiva desse público no CADÚnico possibilita delinear seu perfil socioeconômico, identificar suas demandas, potencializar sua participação em outros programas, serviços e benefícios

socioassistenciais, possibilita o acompanhamento dessas famílias e subsidia o processo de revisão dos benefícios.

Outra modalidade de benefícios assistenciais compreende os diversos tipos de Benefícios Eventuais (BE), que se caracterizam por seu caráter suplementar e provisório, sendo prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública (Art. 22 da Loas). Os BE ampliam a proteção ofertada pelos serviços de natureza básica ou especial, contribuindo com o fortalecimento das potencialidades dos indivíduos e suas famílias. O acesso aos BE é um direito do cidadão, devendo ser oferecidos de forma a proporcionar maior capacidade para o enfrentamento das adversidades. O atendimento deve ser realizado por técnicos que após análise das situações específicas, viabilizem o acesso ao benefício e a outras provisões que se façam necessárias. De natureza gratuita, é vedado subordinar o seu recebimento a pagamentos prévios ou à exigência de compensações posteriores. Esses benefícios não possuem valor fixo predeterminado, sendo calculados de acordo com a realidade local. Entretanto, seu valor deve ser suficiente para suprir com qualidade as necessidades geradas pela situação identificada.

Os benefícios eventuais previstos na Loas destinam-se às situações de:

a) Nascimento, para atender preferencialmente: necessidades do bebê que vai nascer; apoio à mãe nos casos em que o bebê nasce morto ou morre logo após o nascimento; ou apoio à família no caso de morte da mãe;

b) Morte, para atender preferencialmente: despesas de urna funerária, velório e sepultamento; necessidades urgentes da família, advindas da morte de um de seus provedores ou membros; ou ressarcimento, no caso da ausência do benefício eventual no momento necessário;

c) Vulnerabilidade Temporária, para o enfrentamento de situações de riscos, perdas e danos à integridade da pessoa ou de sua família, decorrentes de: falta de acesso a condições e meios para suprir a manutenção cotidiana do solicitante e de sua família, principalmente a de alimentação; falta de documentação; falta de domicílio; situação de abandono ou impossibilidade de garantir abrigo a seus filhos; perda circunstancial decorrente da ruptura de vínculos familiares, da presença de violência física ou psicológica na família ou



de situações de ameaça à vida; desastres e calamidade pública; e outras situações sociais que comprometam a sobrevivência; e

d) Calamidade Pública, para o atendimento das vítimas, de modo a garantir a sobrevivência e a reconstrução de sua autonomia. O estado de calamidade pública é o reconhecimento pelo poder público de situação anormal, advinda de baixas ou altas temperaturas, tempestades, enchentes, inversão térmica, desabamentos, incêndios ou epidemias, causando sérios danos à comunidade afetada, inclusive à segurança ou à vida de seus integrantes.

Em 09/12/2010, o CNAS aprovou a Resolução nº 39/2010, que dispõe sobre o processo de reordenamento dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde. Essa normativa determina que não são provisões da Política de Assistência Social os itens referentes a órteses e próteses, cadeiras de rodas, muletas, óculos, leites, dietas de prescrição especial e fraldas descartáveis para pessoas com necessidade de uso, dentre outros itens inerentes à área de saúde e propõe aos Municípios o reordenamento dos Benefícios Eventuais à luz das diretrizes nacionais.

Com as alterações promovidas na Loas pela Lei nº 12.435/2011, a concessão e o valor dos Benefícios Eventuais devem ser definidos pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, com base em critérios e prazos estabelecidos pelos respectivos Conselhos de Assistência Social. Para tanto, os Municípios devem estruturar um conjunto de ações, como: regulamentar a prestação dos Benefícios Eventuais; assegurar, em lei orçamentária, os recursos necessários à oferta desses benefícios; e organizar o atendimento aos beneficiários. Desse modo, a prestação e o financiamento dos benefícios eventuais são de competência dos municípios e do Distrito Federal, com responsabilidade de regulamentação e cofinanciamento pelos estados.

Os desafios que vêm sendo enfrentados no âmbito da gestão envolvem a consolidação da integração entre benefícios e serviços. Esse processo se desenvolve em concomitância com a consolidação da tipificação de serviços socioassistenciais, que visa a estabelecer o padrão básico de serviços a serem ofertados, sob a responsabilidade da Política Nacional da Assistência Social, e com a fase inicial de utilização de um protocolo de gestão integrada de benefícios e serviços que define as responsabilidades dos entes federados na

ação, bem como descreve procedimentos para o acompanhamento de beneficiários e suas famílias na rede de serviços.

O crescimento da cobertura de benefícios socioassistenciais na modalidade de transferência de renda, como o BPC, suscitou novas demandas para o trabalho com famílias, vinculando a presença dos serviços de assistência social como plenitude necessária ao benefício.

São avanços da Política de Assistência Social, quanto ao Suas: a afirmação da primazia do Estado na sua implantação, incorporando a idéia de sistema; a importância do planejamento; e a criação de unidades estatais de referência da assistência social nos territórios de maior risco e vulnerabilidades sociais. Em concordância com Raichelis, apontam-se como desafios na implantação do Suas:

A precariedade das estruturas de funcionamento dos Cras e Creas, a insuficiência de recursos financeiros e de quadros técnicos qualificados, a precarização dos vínculos de trabalho, a falta de articulação da rede socioassistencial e das políticas intersetoriais, a inconsistência dos diagnósticos das realidades municipais e estaduais, entre outros. (RAICHELIS, 2008:3)

Outro desafio presente na realidade dos Cras é a possibilidade de dimensão socioeducativa a ser desenvolvida nesse âmbito (dos Cras e da Proteção Social Básica), através do embate entre a necessidade de atenção em massa decorrente dos benefícios viabilizados, principalmente os programas de transferência de renda, e a limitada capacidade do quadro de pessoal para o acompanhamento social e estas famílias, indivíduos e grupos. Na seleção de prioridades, muitas unidades acabam segmentando os sujeitos atendidos e acompanhando apenas os 'inadimplentes das condicionalidades', que é um modo de reforçar o caráter de controle e coerção que deveria já estar superado no interior da Política de Assistência (YAZBECK ET AL., 2010).

## **2.2 O BPC no contexto do Suas**

Com a Constituição Federal de 1988, a assistência social regulamentada pela Loas estabeleceu uma maneira nova de atender às necessidades sociais de idosos e pessoas com deficiência. A partir de então, a política de assistência social tem o BPC como uma de suas principais prestações.

Trata-se do primeiro mínimo social não contributivo garantido constitucionalmente a todos, independentemente de contribuição à Previdência ou da condição de trabalho. Nem por isso o benefício deixa de ser seletivo, já que seus beneficiários precisam comprovar renda, idade e, no caso de PcD, ainda outros limites, que podem representar barreiras ao benefício. Essas barreiras podem ser traduzidas em:

- O requerente não pode ultrapassar renda per capita de ¼ do salário mínimo;

- O requerente não pode ter outro membro da família com benefício, por conta da renda per capita que é calculada considerando o benefício, o que faria ultrapassar a renda máxima de 1/4 do salário mínimo. Só no caso de idosos, um benefício pago não é considerado para o cálculo de outro benefício;

- A deficiência pode ser provisória, por um mínimo de dois anos.

O Quadro 1, apresentado a seguir, mostra as principais legislações em relação ao BPC a partir da Constituição Federal de 1988 até 2010, antes da Lei nº12.435/2011.

**Quadro 1: Principais legislações referentes ao BPC desde 1988**

Ano	Alterações a partir de legislações	Comentários
1988	- Promulgação da Constituição Federal, que, em seu art. 203, inciso V, institui o BPC.	O BPC constitui uma provisão não contributiva da assistência social brasileira, sendo um direito assegurado pela CF/88.
1993	- Promulgação da Loas, que regulamenta o BPC em seus artigos 20 e 21. Determina que a idade de 70 anos seja reduzida para 67 anos após 24 meses do início da implementação e para 65 anos após 48 meses. A família é definida como mononuclear, vivendo sob o mesmo teto; o benefício não pode ser acumulado com qualquer outro benefício.	A Loas possibilita que idosos com 70 anos ou mais e PcD que não tiverem renda familiar per capita acima de ¼ do salário mínimo possam requerer o benefício junto ao INSS.
1995	- O decreto nº 1.744 inclui a incapacidade resultante de anomalias e lesões de natureza irreversível.	A incapacidade é compreendida como fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre PcD e seu ambiente físico e social.

1996	- Em 1º de janeiro é implantada a concessão do BPC.	O BPC veio substituir a RMV, que consistia no pagamento de ½ salário mínimo aos idosos acima de 70 anos e aos inválidos. Novas concessões de RMV foram extintas com o Decreto que regulamentou o BPC. A família ainda é condicionada à definição da Previdência Social (Lei nº 8.213 de 24/07/91).
1998	- Lei nº 9.720, que trata da exclusão da redução da idade para 65 anos.	A idade para a concessão do benefício à pessoa idosa passa de 70 para 65 anos (previsto na Loas em 1993).
1999	- O decreto nº 3.298 distingue deficiência, deficiência permanente e incapacidade pela enumeração das condições físicas que caracterizam a Pessoa Portadora de Deficiência.	A definição de deficiência física anterior não é mais considerada, levando-se em conta as limitações de várias naturezas.
2003	- O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) altera a idade de concessão do benefício de 67 para 65 anos e exclui o cálculo da renda mensal per capita familiar o BPC já concedido a outro beneficiário idoso da mesma família. Permite a cumulatividade com outros benefícios, inclusive o BPC.	A partir do Estatuto do Idoso, a idade para concessão do benefício à pessoa idosa passou a ser considerada 65 anos ou mais, além do benefício não ser computado para cálculo de renda familiar para concessão de benefício a outro idoso da mesma família.
2004	- Lei 10.690, Dec. 5.296 de 2004 ampliam o leque de condições que configuram a deficiência. - Criação do MDS. Passa a coordenar, financiar, monitorar e realizar avaliações do BPC. - Criação do Departamento de Benefícios Assistenciais dentro da SNAS.	- Essa lei institui o Programa Nacional de Acesso a Alimentação.  Com a criação do MDS, o BPC passa a estar vinculado à SNAS. Posteriormente à implantação do Suas, em 2005, passa a fazer parte da Proteção Social Básica.
2006	- Criação da Portaria MDS/MPS nº 1, que dispõe sobre a descentralização de recursos do orçamento do FNAS para despesas de operacionalização e pagamento do BPC.	Com essa Portaria fica garantido o repasse de recursos para o BPC descentralizado, de forma direta do FNAS ao INSS.
2007	- Criação do Dec. nº 6.214, que institui o novo modelo de avaliação da PcD para concessão do benefício. Coloca o BPC dentro do Suas e altera as condições de implementação. A operacionalização continua a cargo do INSS, mas sob as regras estabelecidas pelo MDS.	A criação do BPC-Trabalho veio permitir ao beneficiário manter o benefício mesmo que busque a educação e a qualificação profissional, podendo ingressar no mercado de trabalho e retornar à condição de beneficiário se não permanecer no emprego.
2009	- Em 1º de junho foi implantada uma nova modalidade de avaliação da deficiência e incapacidade da PcD requerente do BPC, constituído por avaliação médico pericial e avaliação social realizada por assistente social.	A partir da avaliação médico-social, a avaliação da PcD não se restringe somente à área da saúde, mas é resultante da interação entre estados de saúde, meio ambiente e participação.

2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promulgação da Lei 12.212, que inclui o beneficiário do BPC como público da Tarifa Social de Energia.</li> <li>- Promulgação da Portaria nº 706, que dispõe sobre o cadastramento dos beneficiários do BPC e de suas famílias no CADÚnico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com essa Lei, o beneficiário cadastrado passa a pagar taxa especial de energia elétrica, com descontos (de 10% a 65%) que variam de acordo com o consumo.</li> <li>- A partir desse cadastramento, os beneficiários do BPC passam a se inserir nesse instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar famílias em situação de pobreza a fim de serem encaminhadas a outras políticas sociais públicas.</li> </ul>
------	--	--

Fonte: Elaborado pela autora com base em legislações pertinentes ao BPC, antes da Lei nº 12.435/2011

Em relação à gestão do benefício, as Secretarias Municipais de Assistência Social atuam na concessão do BPC-Loas, junto ao INSS, da seguinte forma:

- Subsidiando o INSS com informações sociais relevantes sobre os idosos e pessoas com deficiência, no processo de concessão do BPC-Loas;
- Identificando Idosos e Pessoas com Deficiência residentes no seu município que podem requerer o BPC- Loas;
- Apoiando estas pessoas no preenchimento dos formulários de requerimento do benefício e na obtenção dos seus documentos pessoais;
- Realizando, antecipadamente, a Avaliação Social nos mesmos moldes da realizada no processo de revisão. Ou seja: por meio de visita do assistente social ao domicílio do requerente, valendo-se do Instrumento de Avaliação Social instituído para esta finalidade;
- Formalizando e protocolando os requerimentos nas agências do INSS;
- Apoiando a realização de Perícia Médica das Pessoas com Deficiência, quer seja nos deslocamentos destes para as agências do INSS, quer seja dos peritos do INSS para o Município, conforme o caso;
- Acompanhando o andamento do processo objetivando sua agilização;
- Cadastrando as famílias dos beneficiários e encaminhando seus integrantes para os serviços existentes na comunidade;
- Encaminhando, junto ao INSS, as demandas para outros benefícios assistenciais ou previdenciários.

Segundo o MDS,

A Participação das Secretarias Municipais na Concessão do BPC terá como resultado:

- O fortalecimento da articulação com o INSS na perspectiva de assegurar qualidade na operacionalização do BPC-Loas;
- A agilização do processo de concessão do benefício;
- A participação no processo de concessão e conseqüentemente da revisão, a cada dois anos, como determina a Loas;
- A efetivação do BPC como parte da Política Municipal de Assistência Social;
- O fortalecimento da articulação do benefício com os programas, serviços e projetos na perspectiva de ampliar a rede de proteção social como determina a Loas;
- A proteção dos beneficiários do BPC;
- O combate às irregularidades;
- A contribuição para manutenção de um benefício que garante uma renda que dinamiza a economia do município. (BRASIL, 2014)

A instituição desse benefício tem como base a noção de que o mercado é incapaz de absorver aqueles cidadãos que não dispõem de condições de concorrência para o trabalho e, portanto, não podem contribuir com o sistema previdenciário. Desta forma, o BPC preencheu uma lacuna no sistema de proteção social brasileiro, incluindo nas políticas públicas uma parcela da população anteriormente desprovida de cobertura. A inclusão da garantia desse benefício na Constituição Federal de 1988 encerrou a etapa da conquista do direito e inaugurou o momento de sua efetivação.

Uma das propostas e diretrizes do Suas diz respeito à regulamentação dos benefícios, à organização dos serviços, programas e projetos, à articulação com outras políticas. Levar serviços e benefícios socioassistenciais mais perto das pessoas proporcionará, de acordo com a PNAS 2004, status de direito da população à assistência social. Como política de proteção social, a PNAS define que a assistência social deve garantir seguranças sociais de rendimento, de acolhida e do convívio familiar e comunitário aos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social. A proposta é que as proteções afiançadas pela assistência social sejam hierarquizadas em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, de acordo com a complexidade das necessidades e demandas dos usuários.

A categoria benefícios, reconhecidos pela política de assistência social enquanto direitos socioassistenciais, caracteriza-se pela forma de transferência

direta de valores, que pode ser feita em pecúnia ou na forma material aos seus destinatários, como destaca Pereira:

Os benefícios assistenciais constituem, na história da política social moderna, a distribuição pública de provisões materiais ou financeiras a grupos específicos que não podem, com recursos próprios, satisfazerem suas necessidades básicas. (PEREIRA, 2010:11)

No âmbito do Suas, esses benefícios podem ser de caráter continuado, como é o caso do BPC, forma de instituir o que até 1996 era praticado pela política de Previdência Social, ao segmento de idosos e pessoas com deficiência, sob o título de Renda Mensal Vitalícia (RMV). Essa renda dirigia-se aos que tivessem recolhido no mínimo 12 contribuições à Previdência Social. Deixando de ser contributiva, essa segurança de rendimentos pela Assistência Social amplia a faixa de beneficiários, com a inclusão de pessoas desprovidas e/ou até com insuficiência de rendimentos para sua sobrevivência.

Concedido a partir de 1996, o BPC teve uma trajetória inicial, segundo Ana Ligia Gomes (2005), apartada da assistência social, desarticulada das demais ações, experimentando um distanciamento do ponto de vista da condução da política, sem visibilidade e confundindo-se com a aposentadoria previdenciária, confusão feita tanto por beneficiários como por expressivo número de gestores e a sociedade em geral, possivelmente em função de sua operacionalização pelo INSS, mesmo que não se tratasse de aposentadoria nem de pensão e não dê direito ao 13º salário.

Em 2004, a criação do Ministério Social e Combate à Fome (MDS), que absorveu a assistência social, representa um desenho institucional que favoreceu a superação dessa cultura e das questões administrativas, numa direção política de efetiva construção da política de assistência social em conformidade com a Constituição e a Loas. Para traduzir a relevância e o novo lugar do BPC foi criado o Departamento de Benefícios Assistenciais, na estrutura da nova Secretaria Nacional de Assistência Social.

O processo de consolidação do Suas no território brasileiro pode ser constatado com o índice de 99,5% de adesão dos municípios ao Sistema. Essa adesão representa o compromisso de atender requisitos e assumir responsabilidades no nível de gestão das ações de assistência social, com a oferta de programas, projetos, serviços e benefícios voltados à prevenção de

riscos, além da proteção nas situações de violação de direitos. Em 6 de julho de 2011, foi sancionada a Lei federal nº 12.435, que reconhece e institucionaliza o Suas como meio de enfrentamento da pobreza e de repasse de recursos a beneficiários e serviços socioassistenciais prestados nos Cras e Creas. A alteração na Loas garantiu a continuidade dos programas e serviços, o repasse dos recursos federais de forma contínua e automática, o papel dos conselhos municipais na vigilância social e das entidades socioassistenciais na execução dos serviços.

O quadro 2, a seguir, apresenta as mudanças no BPC a partir dessa nova legislação.

### **Quadro 2. Mudanças no BPC a partir da legislação (Lei nº12.435/2011)**

<b>LEI nº 12.435/2011 DE 06/07/2011</b>	
<b>ANTES DA LEI 12.435</b>	<b>DEPOIS DA LEI 12.435</b>
Art. 20: O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.	Art. 20: O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.
Art. 20, § 1º: Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998) .	Art. 20, § 1º: Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.
Art. 20, § 2º: Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.	Art. 20, § 2º: Para efeito de concessão deste benefício, considera-se: I: pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na



	sociedade com as demais pessoas; II: impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.
Art. 20, § 3º: Considera-se 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.	Art. 20, § 3º: Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.
Art. 20, § 4º: 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.	Art. 20, § 4º: 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 os da assistência médica e da pensão especial de natureza indenizatória.
Art. 20, § 5º: A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.	Art. 20, § 5º: A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada.
Art. 20, § 6º: A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS (Redação dada pela Lei nº 9.720, de 30.11.1998) .	Art. 20, § 6º: A concessão do benefício ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta por avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Tendo por base o Quadro 2, observam-se mudanças nos critérios para concessão do benefício a partir da lei nº 12.435/11, também chamada Lei do Suas.

Uma das alterações mencionadas foi quanto à renda per capita: esse critério tem sido questionado desde a edição da lei, já que o limite adotado (1/4 do salário mínimo) difere de outros programas do governo<sup>6</sup> cuja renda máxima exigida é de meio salário mínimo, o que afasta grande parcela da população do direito ao benefício.

<sup>6</sup> Por exemplo: para o Programa Bolsa Família a renda é de ½ salário mínimo, o que equivale dizer que não há isonomia entre os programas em relação à renda.

Outro critério diz respeito ao grupo familiar, também alterado a partir de 2011, passando a fazer parte desse grupo o requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob mesmo teto.

Quanto ao impedimento de longo prazo, no caso de PcD, a doença e/ou insuficiência que incapacita a pessoa para a vida independente e para o trabalho deve existir há no mínimo dois anos, e ser atestada por perito do INSS. Esse critério levou vários postulantes ao benefício a recorrer a processos na justiça, em grande parte julgados em favor do requerente.

De acordo com Santos,

o conceito de deficiência utilizado pelos juízes federais para conceder o BPC ultrapassa a ideia do modelo médico que relaciona a deficiência somente às restrições corporais experimentadas pelas pessoas, e passa a levar em consideração o ambiente social como aquele que pode determinar a gravidade das deficiências e a opressão sofrida pela pessoa. (SANTOS, 2006:5)

Esse critério sofreu alteração, passando a ser adotada, no caso de, deficiência e incapacidade, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que incorpora uma abordagem multidimensional da funcionalidade, incapacidade e saúde, considerando, além das deficiências nas funções e estrutura do corpo, os fatores contextuais (ambientais e pessoais), a acessibilidade e a participação da pessoa com deficiência na sociedade, em consonância com a tendência mundial de atentar para os fatores biopsicossociais. A saúde é compreendida sob uma perspectiva biológica, individual e social (Brasil, 2007:7-8).

Hoje, é inegável a concretização do BPC via atuação judicial. Por isso, pensar nos critérios adotados para concessão do benefício é pensar como está sendo apresentado o BPC como direito social, previsto constitucionalmente.

Com todas as alterações apresentadas, o BPC é considerado um expressivo benefício, contando com orçamento público destinado a ele e constituindo um importante instrumento de diminuição da pobreza extrema do país, causando um impacto positivo na redução da desigualdade social.

Conforme preconiza a PNAS, o BPC compõe o conjunto da proteção social básica, não sendo um fim em si mesmo. Para alcançar sua eficácia

estará integrado ao conjunto das demais ações socioassistenciais, destacando-se a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e, sobretudo, ao trabalho social com a família dos beneficiários, contribuindo assim, tanto para atender às suas necessidades quanto para desenvolver suas capacidades e sua autonomia.

Assim o Benefício de Prestação Continuada é previsão não contributiva da Seguridade Social. Ao compor o conjunto de garantias da Assistência Social, este benefício materializa como cumprindo objetivos de proteger segmentos em situação de vulnerabilidade, mediante transferência de renda às pessoas idosas e às pessoas com deficiência sem meios de prover sua sobrevivência. Atende assim, necessidades fundamentais dos usuários com deficiência e idosos, já que se trata da sobrevivência dos mesmos, instituindo o princípio da certeza e da continuidade na assistência social em forma de garantia de renda básica.

É um benefício individual, não vitalício e intransferível, 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. Devem comprovar, em ambos os casos, não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem de tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a 1/4 do salário mínimo vigente. A concessão do BPC passou por alguns avanços importantes:

- A partir do Estatuto do Idoso em 2003, houve a ampliação de direitos, uma vez que a renda proveniente de BPC não pode ser computada para o cálculo da renda familiar para concessão de BPC a outro idoso da mesma família.

- Em relação às pessoas com deficiência, também é possível verificar avanços, em relação ao conceito de deficiência adotado, amparados na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que foram traduzidos nos decretos de 2008 e 2009 assim estabelecidos:

Deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e

efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Decreto nº 186/2008) (BRASIL, 2008)

Pessoas com deficiência são aquelas que têm 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. (Decreto nº 6.949/2009) (BRASIL, 2009)

A Lei nº 12.470, de 31/08/2011 incorpora esse conceito de pessoa com deficiência no dispositivo legal que regulamenta o BPC e supera o conceito de incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Isto quer dizer que a limitação antes focada na pessoa, agora na sua interação com o meio físico e social em que vive, por isso, o avanço.

Peritos do INSS avaliam tanto a situação social, hoje avaliada por assistentes sociais, quanto à condição de deficiência, avaliada por médicos. O sistema de transferências prevê reavaliações, a cada dois anos, para verificar a persistência dessas condições. Hoje não mais se adota essa avaliação, considerando que a partir do CADÚnico, os beneficiários estão sendo monitorados constantemente.

Também destacam-se avanços relacionados à idade limite para solicitação do BPC que baixou de 70 anos de idade para 67 anos com a Lei nº 9.720/1998; e de 67 anos para 65 anos, a partir de janeiro de 2004, com a aprovação do Estatuto do Idoso. Para efeito do cálculo de renda familiar per capita mensal, a Loas definiu o conceito de família da seguinte forma: “a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”. A Lei nº 9.720/1998 redefiniu o conceito de família para a concessão do BPC: “o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213/1991, desde que vivam sob o mesmo teto”, assim entendidos: os pais, o cônjuge, o companheiro, os filhos, os irmãos e os equiparados legalmente a essas condições, menores de 21 anos ou inválidos.

Também foram criados em 2007 o BPC Escola e o BPC Trabalho. *Programa BPC na Escola* (Portaria Interministerial nº 18, de 26 de abril de 2007):

O Programa tem por objetivo promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, preferencialmente de 0 a 18 anos, garantindo-lhes acesso e

permanência na escola, bem como o acompanhamento de seus estudos por meio da articulação intersetorial nas três esferas de governo, entre as políticas de educação, assistência social, saúde e direitos humanos, favorecendo o desenvolvimento dos beneficiários. Um dos Programas nesse contexto de implantação do Suas que agregam uma dimensão intersetorial no território é o Programa BPC na Escola (MDS/MEC/MPS/SEDH). O programa foi lançado em 2007 e teve adesão de vários municípios e serve para identificar os beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos, que estão e os que não estão frequentando a Escola, bem como identifica barreiras que impedem o acesso e a permanência na escola da criança/adolescente com deficiência beneficiária do BPC e realiza acompanhamento sistemático das ações implementadas por meio do Programa nos estados e municípios. (BRASIL, 2007)

Como eixos do Programa *BPC na Escola*, tem-se a identificação anual dos beneficiários do BPC matriculados e não matriculados no sistema regular de ensino; Identificação das barreiras que impedem ou inibem o acesso e permanência dos beneficiários do BPC na escola; proposição de políticas, apoio técnico e financeiro da União aos demais entes federados visando à eliminação das barreiras identificadas e garantia do acesso e permanência na escola do público do Programa; manutenção de um banco de dados sobre o programa que possibilite análise e comparações com os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência com vistas aos indicadores de cidadania da pessoa com deficiência beneficiária do BPC.

O *BPC Trabalho* cria a possibilidade de retorno ao BPC após experiência de participação no mercado de trabalho, ou seja, a pessoa com deficiência que tiver seu benefício cessado em função do ingresso no mercado de trabalho não ficará impedida de acessar, posteriormente, outro benefício, desde que atendidos os requisitos legais.

Em agosto de 2011, outra alteração na Loas autorizou pessoas com deficiência a trabalharem como aprendizes, sem perder o direito ao BPC. A lei também permite que o benefício seja suspenso se a pessoa assumir atividade remunerada, e devolvido caso perca o emprego. Ou seja, iniciativa inovadora no campo da legislação assistencial que dá oportunidade de pessoas com deficiência que desenvolveram algum tipo de potencialidade para o trabalho acessá-lo. Antes, a pessoa com deficiência perdia o benefício caso tivesse atividade remunerada, inclusive como microempreendedor individual (FONSECA, 2013).

Mais recentemente, a medida foi ratificada pela NOB-Suas 2012, que apontou, como princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial no Suas, “combate às discriminações etárias, étnicas, de classe social, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras” (BRASIL, 2012).

Em novembro de 2011, o governo federal lançou a proposta intersetorial do Plano Viver sem Limite, que prevê acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade às pessoas com deficiência. A meta é, até o final de 2014, inserir na escola 378 mil pessoas de até 18 anos, adaptar 42 mil escolas para receberem esses alunos, adquirir 2,6 mil ônibus adaptados para o transporte escolar, atualizar e implantar salas multifuncionais e contratar tradutores e intérpretes de libras (linguagem de sinais) para o sistema de ensino.

Essas ações reforçam o programa interministerial BPC na Escola, que também envolve o MDS. Por meio da busca ativa feita pelas equipes dos Cras, o governo federal pretende localizar e inserir no BPC mais 50 mil pessoas com deficiência. Está prevista a criação de 27 Centros de Referência da Pessoa com Deficiência, que oferecerão cuidados e condições de autonomia para pessoas empobrecidas e com deficiências graves e suas famílias.

Assim, após 18 anos de implementação do BPC, segundo o Boletim Estatístico da Previdência Social, até abril de 2013 o número de benefícios pagos a Pessoas com Deficiência era de 2.054.450, e 1.768.686 a idosos. Em relação ao Estado do Rio de Janeiro, local de nossa pesquisa, estão previstos para 2014, segundo site do MDS, gastos de R\$ 1.007.775.949,00 para pagamento do BPC. Isso equivale a R\$ 395.959.449,00 para PcD e R\$ 611.816.491,00 para idosos (BRASIL, 2014).

Com o BPC, o Brasil começou a reorientar a forma de efetivação de direitos de cidadania, respondendo às demandas sociais fazendo uso de políticas de transferência de renda. O BPC é o segundo maior programa de transferência de renda do país, ficando atrás apenas do Programa Bolsa Família em número de pessoas atendidas e representando um investimento de R\$ 27,4 bilhões em 2012, chegando a R\$ 31,4 bilhões em 2013. O benefício é hoje um instrumento com grande potencial para reduzir a pobreza e a desigualdade de renda no país, representando, para seus beneficiários, a garantia de atendimento de necessidades básicas. É inegável a importância desse benefício para o sustento de muitas famílias brasileiras.

Desse modo, o Suas une a concepção e a ação na condução de programas, projetos, serviços e benefícios tendo o objetivo de cumprir o direito de proteção social não contributiva de assistência social, com base na pactuação nacional entre os gestores e a sociedade. Nesse sentido cabe indagar da gestão municipal da política de assistência social como seus serviços são acessados, ou não, pelos beneficiários do BPC, já que a proteção social desses usuários (idosos e PcD) deve se dar por meio de política de atendimento às suas necessidades, rompendo as barreiras que dificultam sua autonomia.

A política de assistência social tem essa proposta, a partir do Suas, com oferta de serviços baseadas nos tipos de proteção e realizada a partir da articulação em rede de serviços socioassistenciais com base no território, entendendo o território, como lócus, onde se encontram os usuários e onde se conhecem as demandas e ofertam serviços.

Assim, mesmo considerando-se significativa a situação de renda proporcionada pelo BPC, no objetivo de operar um direito a uma renda de sobrevivência, o acesso a um conjunto de bens e serviços especiais, necessários ao bem-estar das pessoas em grave situação de dependência, como idosos e pessoas com deficiência, ainda parece ainda inconcluso, o que é demonstrado no terceiro capítulo desta tese.

### **3 ACESSO DOS BENEFICIÁRIOS DO BPC ÀS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO ESTADO DO RJ: A PESQUISA DE CAMPO**

Este capítulo aborda o problema de pesquisa que é objeto dessa tese: o acesso dos beneficiários do BPC às políticas de assistência social em seus municípios, ou seja, de que forma se configura a política de assistência social quanto ao atendimento aos beneficiários do BPC, no que diz respeito a seu acesso aos serviços da Proteção Social Básica.

O estudo apresentado tem por base a 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 autora fez parte do grupo de pesquisa, coordenado pela Profa. Dra. Lenaura Vasconcelos Costa Lobato. A pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Avaliação de Políticas Sociais da Universidade Federal Fluminense e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

A pesquisa, de cunho quali-quantitativo e exploratório, foi pensada a partir de variáveis elencadas mediante percurso bibliográfico e documental bem como da pesquisa de campo, o que permitiu enumerar os destaques no campo do acesso à Política de Assistência Social por parte dos beneficiários do BPC.

#### **3.1 Caminho metodológico: eixos de análise a serem considerados na construção do acesso aos beneficiários do BPC às políticas de Assistência Social**

A assistência social assegurada na legislação brasileira constitui um direito de cidadania garantido pelo Estado. A universalidade do acesso implica, de certa forma, a formulação de um modelo social ético e equânime, tendo como norte a inclusão social e a solidariedade humana. Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização universal à rede de serviços requer uma luta constante pelo fortalecimento da assistência como direito, com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa.



A organização de uma rede hierarquizada de serviços em diferentes níveis de proteção social (básica e especial) é um dos dispositivos para viabilizar o acesso da população aos serviços assistenciais. O modelo do Suas, assim como no SUS, tem como princípios fundamentais a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, entre outros. O acesso que caracteriza esse direito tem um significado de evolução, já que todos que necessitarem da assistência social têm direito ao acesso à rede de serviços nos vários níveis de complexidade, antes restritos aos segurados pela previdência social ou àqueles que buscavam ajuda ou atendimento em instituições beneficentes.

Uma das diretrizes da PNAS é a ampliação e o fortalecimento do acesso a informação e aos bens e serviços disponibilizados para o usuário do Suas. Na pesquisa apresentada, foi utilizado o conceito de Acesso, fazendo-se uma analogia ao sentido utilizado na saúde, política cuja trajetória de produção científica tem maior maturidade intelectual sobre o tema.

Na saúde, esse conceito é muitas vezes utilizado para qualificar a organização do serviço de forma a contribuir com o uso de modelos de atenção à saúde que sejam adequados às necessidades da população e às especificidades locais. No entanto, o termo Acesso varia entre os autores. Uns vão adotá-lo como acessibilidade, designando o caráter do que é acessível; outros vão preferir o uso de acesso para designar o ingresso e a entrada nos serviços; outros ainda vão utilizar ambos os termos, acesso e acessibilidade, para apontar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Para Donabedian (1990), acesso e acessibilidade têm o mesmo significado e são definidos como um dos aspectos do serviço relativo à capacidade de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. O autor centra-se na análise dos condicionantes e determinantes do acesso a partir da ótica da organização dos serviços e sistemas de saúde, e discute quais são as características dos serviços que facilitam ou dificultam o acesso da população.

Frenk (1985), que também utiliza o termo acesso como acessibilidade, o caracteriza pela ideia de complementaridade entre características da oferta de serviços e da população. Considera que acessibilidade é a relação funcional entre resistência e poder de utilização. Resistência significa, para o autor, um

conjunto de obstáculos que são encontrados na procura e obtenção de cuidados e, assim, vinculados aos serviços. Esses obstáculos podem ser caracterizados como ecológicos, financeiros e organizacionais. Como poder de utilização, o autor define a capacidade da população para superar esses obstáculos de forma a melhor utilizar os serviços oferecidos. Nesse caso, os obstáculos podem ser classificados como financeiros, de tempo, de transporte e de lidar com a organização dos serviços.

Andersen (1995:6) prioriza o termo acesso. Para o autor, “acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento”, o que equivale à entrada nos serviços e ao recebimento de cuidados subsequentes.

Cohn et al (1991:93) tratam acesso a partir do perfil de utilização dos serviços. Para esses autores, a acessibilidade é um conceito formulado no cotidiano e corresponde à relação funcional entre as ‘resistências’ ou dificuldades sentidas pelos usuários e o que estes consideram um bom atendimento, a partir de suas experiências, percepções e valores. Consideram ainda que a própria população estrutura suas estratégias de acesso aos serviços, pois é no cotidiano e na vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidades oferecidas que se constitui a acessibilidade formulada pelos usuários.

Para as autoras Travassos e Martins (2004), o acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e da demanda. Pela oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos à acessibilidade geográfica – como localização, vias de acesso, transporte público e outros; cultural – como padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida; econômica – pela existência ou não de taxas moderadoras do uso; e organizativa – pelo modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado.

Os autores citados serviram de referência para as análises seguintes, que levam em conta que acesso implica uma relação entre o usuário, suas

necessidades e os serviços. O estudo desse tema deve olhar além da oferta e organização dos serviços, e considerar a ótica dos beneficiários (usuários dos serviços). O conceito de acesso é utilizado como categoria base da tese, investigando-se se os serviços oferecidos pela rede socioassistencial, através do levantamento feito junto aos gestores e profissionais dos Cras dos municípios, atende às necessidades e à real utilização desses serviços evidenciadas nas respostas dos beneficiários.

As análises desta pesquisa utilizam o conceito de acesso a partir da oferta de serviços, sua adequação às necessidades dos beneficiários e seu uso e aceitação, sendo realizada uma análise regional/local da rede de serviços da assistência social a partir dos municípios estudados.

O Quadro 3 apresenta as variáveis investigadas a partir da categoria Acesso.

### Quadro 3. Definição das variáveis

Variáveis	Definição
Rede de Serviços	Rede socioassistencial garantida pelo Suas ofertada na Proteção Social Básica da Assistência Social.
Escola	Compreende a rede de ensino pública ou privada e seu uso ou não pelo beneficiário.
Apoio	Serviço por meio de ação complementar à proteção no sentido de ajuda.
Informação	Serviço de comunicação prestado ao beneficiário e sua família sobre determinado bem ou ação.
Acompanhamento	Tipo de serviço prestado tendo em vista o atendimento das demandas dos beneficiários.
Acessibilidade	Uso de serviços e informações de forma fácil e adequada aos beneficiários.
Suficiência	Adequação entre a oferta de serviços e as necessidades dos beneficiários.
Disponibilidade	Oferta de serviços disponível em tempo e lugar para uso pelos beneficiários.
Aceitabilidade	Nível de aceitação medida pela avaliação da qualidade dos serviços usados pelos Beneficiários.

Quadro elaborado pela autora

Considerando que o Suas prevê uma série de serviços e benefícios a usuários da Assistência Social e que isso hoje é realizado de forma territorializada, uma questão norteou a presente pesquisa: como se dá o acesso dos beneficiários do BPC às políticas assistenciais nos 21 municípios estudados.

Foram utilizados procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. As informações levantadas constituem dados primários, obtidos das respostas aos questionários aplicados a três grupamentos: Gestores (secretários municipais da pasta da assistência social), Profissionais de Cras e Beneficiários. Com base na pesquisa bibliográfica, foi feito um estudo mais aprofundado sobre como a literatura aborda as categorias explicativas da realidade determinadas na pesquisa, quais sejam: *BPC, acesso, proteção social, assistência social*.

A pesquisa bibliográfica foi baseada em fontes secundárias, as quais abrangem a bibliografia já publicada em relação ao tema de estudo, desde livros, revistas, monografias, teses e dissertações, além de jornais e outras publicações avulsas. Em relação à pesquisa documental, foram examinados documentos oficiais, decretos, leis e instruções normativas referentes ao BPC e assistência social. Também o estudo documental foi realizado com base na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Assistência Social (e suas atualizações), Política Nacional de Assistência Social (2004) e Normas Operacionais Básicas do Suas (2005 e 2012), Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), Lei 12.435/11 (conhecida como a “Lei do Suas”). Os documentos legais e operacionais, decretos, resoluções utilizados para o estudo foram escolhidos entre aqueles que representam orientações e com normatização específica, acerca da abrangência da política pública de Assistência Social.

A pesquisa configura-se como de natureza qualitativa e quantitativa. Qualitativa porque decorre de análise das informações obtidas a partir de questionários, cujas perguntas (abertas e fechadas) contemplam aspectos do eixo teórico de fundamentação com o foco nos objetivos pretendidos. Para tratamento dos dados coletados pelos questionários foram utilizados procedimentos estatísticos. Os dados foram lançados, tabulados e tratados via

construção de um banco de dados com o programa SPSS<sup>7</sup>, de modo a evidenciar o grau de frequência das respostas obtidas.

Os dados obtidos foram sistematizados e agrupados a partir da categoria Acesso, e a dimensão oferta, adequação e utilização de serviços socioassistenciais pelos beneficiários do BPC.

O Quadro 4 apresenta os eixos de atuação do benefício com as variáveis a serem investigadas tendo em vista a resposta ao problema de pesquisa.

---

<sup>7</sup> *Statistical Package for the Social Science*, programa reconhecido por sua configuração voltada a dados das Ciências Sociais.

**Quadro 4. Categoria, Dimensões, Variáveis e Indicadores**

CATEGORIA	DIMENSÕES	VARIÁVEIS	INDICADORES (Perguntas dos Questionários: Gestor, Cras e Beneficiários)
ACESSO	OFERTA	Rede de Serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem serviços dirigidos a idosos e PcD? (Q.Gestor)</li> <li>- Existem serviços dirigidos a idosos e PcD? (Q.Cras)</li> <li>- Oferta de serviços específicos para idosos e PcD pelos Cras (Q.Cras)</li> <li>- Planos do Cras para criar serviços específicos para os beneficiários (Q.Cras)</li> <li>- Nos serviços públicos existe apoio para idosos ? (Q. Beneficiário)</li> <li>- Nos serviços públicos existe apoio para PcD ? (Q. Beneficiário)</li> <li>- Qual o papel da Assistência em relação ao BPC (Q.Gestor)</li> </ul>
		Escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O beneficiário frequenta escola? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Por que não frequenta? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Tipo de escola (Q.Beneficiário)</li> <li>- O beneficiário já frequentava a escola antes de receber o benefício? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Ter o benefício ajudou a conseguir vaga na escola? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Conhece o BPC Escola? (Q.Cras e (Q.Gestor)</li> <li>- A prefeitura já adotou o BPC Escola? (Q.Cras e Q.Gestor)</li> <li>- Existe plano da prefeitura para inserir essas crianças no BPC Escola? (Q.Cras e Q.Gestor)</li> </ul>
		Apoio/Ajuda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quem ajudou o beneficiário a dar entrada no BPC? (Q.Beneficiário)</li> </ul>

			- Quem ajudou o beneficiário a acompanhar o processo? (Q.Beneficiário)
		Informação	- O beneficiário conhece ou já ouviu falar do Cras? (Q.Beneficiário)  - Como tomou conhecimento do BPC? (Q.Beneficiário)
		Acompanhamento	- A Secretaria de Assistência tem planos para melhorar a atuação junto aos beneficiários (Q.Gestor)  - O Beneficiário recebeu visita do Assistente social em casa? (Q.Beneficiário)  - Objetivo da visita do Assistente Social (Q.Beneficiário)  - O que mudou depois da visita do Assistente Social? (Q.Beneficiário)
	ADEQUAÇÃO	Acessibilidade	- Considera que o Cras tem acessibilidade apropriada para os usuários? (Q.Cras e Q. Gestor)  - Existem planos para garantir acessibilidade apropriada? (Q.Cras e Q.Gestor)  - Prazo de aplicação dos planos para garantir acessibilidade apropriada aos usuários (Q.Cras e Q.Gestor)
		Suficiência	- Necessidades não atendidas pelos serviços públicos (Q. Beneficiário)  - Considera suficientes os serviços prestados para os beneficiários? (Q.Gestor e Q.Cras)  - Além dos serviços já prestados, que serviços seriam prioritários? (Q.Cras)  - Serviços que a SAS deveria criar para os beneficiários (Q.Cras)  - Existência de planos no Cras para melhorar atuação junto aos beneficiários (Q.Cras)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Considera que a Prefeitura deve oferecer serviços específicos para os beneficiários? (Q.Gestor)</li> <li>- Quais as dificuldades da prefeitura para desenvolver serviços específicos? (Q.Gestor e Q.Cras)</li> <li>- O Cras utiliza informações do BPC para identificar necessidades de idosos e PcD? (Q.Cras)</li> <li>- O Cras utiliza informações do CADÚnico para identificar necessidades dos beneficiários? (Q.Cras)</li> </ul>
	USO	Disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais serviços públicos o beneficiário usa? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Quais serviços públicos o beneficiário precisaria usar e não usa? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Que serviços públicos seriam necessários para os beneficiários? (Q.Beneficiário)</li> <li>- O beneficiário frequenta ou frequentou o Cras? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Para que frequenta? (Q.Beneficiário)</li> <li>- O beneficiário já usou os serviços públicos para idoso ou PcD? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Por que não usa? (Q.Beneficiário)</li> </ul>
		Aceitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual a sua opinião sobre a qualidade dos serviços? (Q.Beneficiário)</li> <li>- Opinião sobre atendimento do Cras (Q.Beneficiário)</li> </ul>

Quadro elaborado pela autora, 2014.

Embora o uso desses dados caracterizem a pesquisa como quantitativa, os resultados da análise dos questionários subsidiam as conclusões finais, reforçando aqui a complementaridade de uma pesquisa de caráter qualitativo. Assim, a partir dos objetivos propostos para este estudo, optou-se por realizar



uma investigação combinando as abordagens quantitativa e qualitativa, o que não pressupõe o entendimento de que qualitativo e quantitativo se excluem, mas sim que se completam. Segundo Minayo (1994:21), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos (...) não se opõem, ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

A pesquisa quantitativa é um estudo estatístico que se destina a descrever as características de uma determinada situação, medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito de um problema de pesquisa. As informações são colhidas por meio de um questionário estruturado com perguntas claras e objetivas. Isto garante a uniformidade de entendimento dos entrevistados.

Por essa razão, em alguns momentos, utilizou-se dados inerentes ao método quantitativo, e que contribuíram para ilustrar as evidências dos limites dos serviços socioassistenciais na política de Assistência Social.

A coleta de dados da pesquisa inicial, de abrangência maior, teve início com o agendamento das entrevistas nos municípios para preenchimento dos questionários (ANEXOS I, II e III), a partir da carta de apresentação (ANEXO IV) seguido do consentimento dos respondentes – todos os respondentes assinaram Termo de Consentimento Livre e Informado (ANEXO V). Como garantia em relação aos aspectos éticos da pesquisa, os respondentes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa assim como quanto ao teor dos questionários e entrevistas, assinando o Termo e certificados quanto ao sigilo das informações, garantido com a divulgação de resultados de modo agregado, para não haver risco de identificação dos respondentes.

Os beneficiários foram indicados pelos profissionais do Cras de cada município. A coleta de informações por meio do questionário foi constituída de perguntas abertas e fechadas. Para cada categoria de respondente foi feito um tipo de questionário específico. Os questionários eram constituídos de várias partes, de acordo com cada respondente. De modo geral, a primeira parte se referia a dados de identificação da entrevista e do entrevistado. A segunda parte, em relação ao questionário de beneficiários, de questões relacionadas à concepção sobre o BPC; ao Suas e à incorporação recente do BPC; à

implementação do BPC na Escola; e à Proteção Social/acesso a serviços e programas.

Nos questionários para profissionais de Cras e gestores municipais foram feitas questões referentes à concepção sobre o BPC; conflitos entre concepção constitucional e legal do BPC; perspectivas de mudanças legais e normativas; concepção sobre o BPC na trajetória assistencial estadual; o Suas e a incorporação recente do BPC; impasses atuais da descentralização; avaliação da implementação do Decreto 6.214 no Estado; implementação do BPC na Escola.

Foram selecionadas para essa pesquisa as questões relativas aos serviços ofertados pelos municípios das questões de Gestores e Cras, e serviços utilizados pelos beneficiários, assim como a suficiência desses serviços nas respostas dos mesmos.

O total de respondentes foi de 117 beneficiários, 37 profissionais de Cras e 20 gestores municipais. Foram entrevistados seis beneficiários em cada município: 2 idosos; 2 PcD física e 2 PcD mental. O questionário pôde ser respondido tanto pela pessoa com deficiência ou idosa, se estivesse apta, ou por seu responsável. Em alguns municípios não foi possível seguir com rigor essa distribuição, em função da disponibilidade dos respondentes e algumas dificuldades, como a de encontrar o endereço do beneficiário.

Cabe destacar que em algumas questões os participantes da pesquisa poderiam ter mais de uma opção de respostas, por isso o número de respostas pode ser maior do que o número de respondentes. Nos casos em que o número de respostas for menor do que o número de participantes pode ser atribuído a ausência de resposta.

A Tabela a seguir mostra o total de questionários aplicados por tipo de respondente e seus respectivos municípios.

**Tabela 1. Número de respondentes por município (em ordem alfabética)**

<b>Municípios</b>	<b>Totais</b>	<b>Beneficiários Idosos</b>	<b>Beneficiários PcD</b>	<b>Profissionais de Cras</b>	<b>Gestores Municipais</b>
Barra do Piraí	8	2	3	2	1
Bom Jesus do Itabapoana	9	2	4	2	1
Campos dos Goytacazes	7	2	2	2	1
Carmo	9	2	4	2	1
Casimiro de Abreu	7	2	3	1	1
Itaboraí	7	1	3	2	1
Macaé	8	2	4	1	1
Magé	8	2	3	2	1
Mangaratiba	8	2	4	2	-
Mendes	9	2	4	2	1
Mesquita	9	2	4	2	1
Niterói	9	2	4	2	1
Nova Iguaçu	9	2	4	2	1
Petrópolis	9	0	4	2	1
Piraí	9	2	4	2	1
Resende	9	3	3	2	1
Rio das Ostras	7	2	4	-	1
Rio de Janeiro	9	2	4	2	1
Saquarema	8	3	3	1	1
Três Rios	9	2	4	2	1
Volta Redonda	9	2	4	2	1
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>41</b>	<b>76</b>	<b>37</b>	<b>20</b>

Na pesquisa de abrangência maior, da qual foram coletados os dados desse estudo, a escolha dos municípios deu-se a partir de alguns critérios de representatividade no que se refere a:

→ distribuição geográfica – procurou-se selecionar municípios de todas as regiões do Estado;

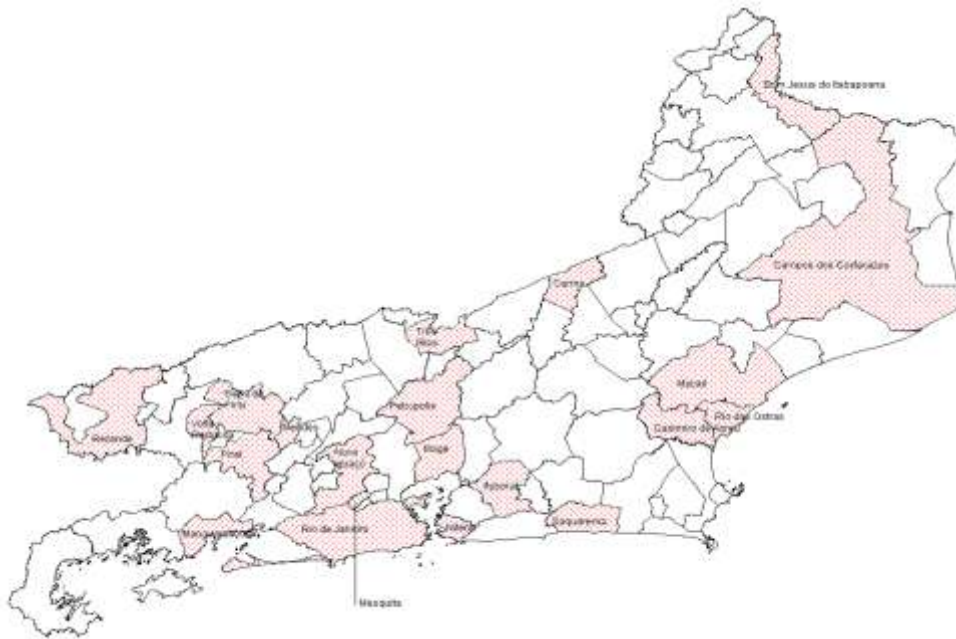
→ Número de beneficiários – foram buscados dados em relação ao número da população x beneficiários no site do MDS;

→ Porte do município – preferencialmente optou-se por municípios de médio, grande porte e metrópole. No entanto, para que a representatividade fosse maior, alguns municípios de pequeno porte também foram selecionados;

→ Nível de gestão da assistência – também foi selecionado o município que estivesse à época na gestão plena, que era considerado o município que 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, 2005), o que pressupõe que tenha implementadas a proteção básica e a proteção especial.

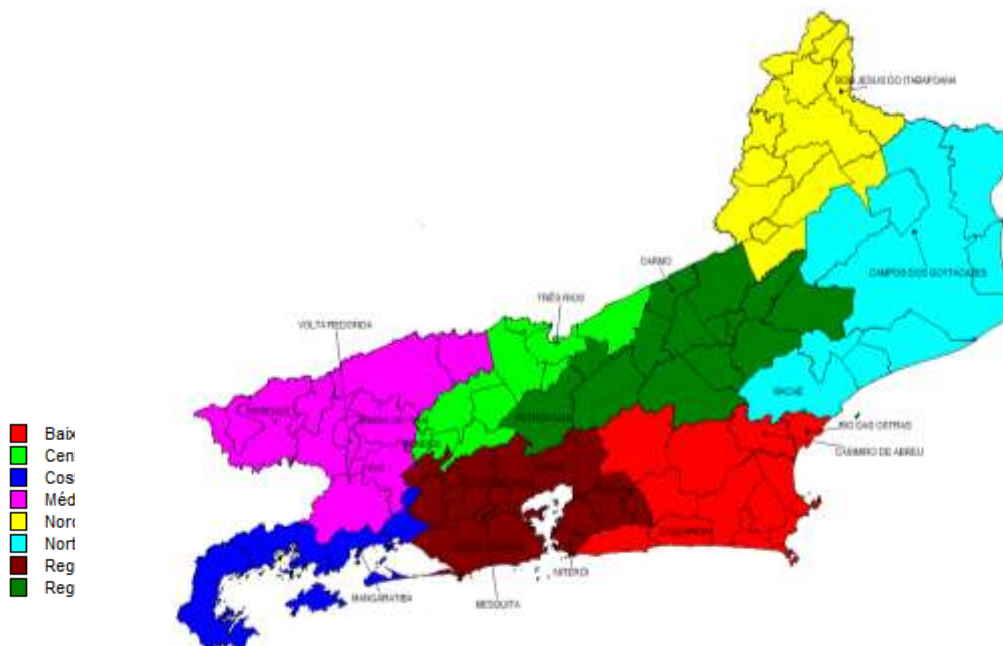
Assim, obteve-se um total de 31 municípios selecionados. Partindo desses 31 municípios, realizou-se escolha qualitativa que levasse em conta uma boa distribuição regional da amostra, e decidiu-se pela possibilidade de incluir municípios que constituíssem referência regional na prestação de serviços socioassistenciais (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 (SOCHACZEWSKI, 2014:88). Ao final, ficou decidido trabalhar com 21 municípios, com essas características.

A Figura 1 mostra o mapa do Estado do Rio de Janeiro com os municípios selecionados na pesquisa e a Figura 2 mostra os municípios selecionados distribuídos por regiões.



**Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro com os Municípios da pesquisa em destaque**

Fonte: [www.ceperj.rj.gov.br](http://www.ceperj.rj.gov.br)



**Figura 2. Mapa do Estado do Rio de Janeiro com os Municípios selecionados por Regiões**

Fonte: [www.ceperj.rj.gov.br](http://www.ceperj.rj.gov.br)

### **3.2 O Suas no Estado do Rio de Janeiro: algumas considerações**

A ascensão da construção de um Sistema Único da Assistência Social a partir de 2004, com a PNAS, teve especial impacto no Estado do RJ. Desde 1988, já com status de política pública, a assistência social enfrentava nesse Estado alguns entraves causados por marcas do assistencialismo.

O período de 2003-2006, na gestão Rosinha Matheus Garotinho (2003-2006) como Governadora, que antecedeu e perpassou os primeiros anos da PNAS 2004, foram implementados vários programas considerados ‘carros-chefe’ – ações que, por terem grande visibilidade, tais como Farmácia Popular e Restaurante Popular, tinham cunho eleitoreiro e descaracterizaram o lugar da política pública da Assistência Social como preconizada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Assistência Social. O período foi orientado pela lógica da ‘ajuda aos necessitados’, não oferecendo reais condições para que os indivíduos saíssem da situação de pobreza em que se encontravam, enclausurando-os no que Pereira convencionou chamar de “Armadilha da Pobreza” (PEREIRA, 1994). Tais ações assistenciais são desenvolvidas para atender às carências sociais mais graves, direcionadas para o problema de subsistência de pessoas cujo mínimo vital encontra-se ameaçado ou deteriorado (PEREIRA, 1994:92), não modificando o cerne da questão, de âmbito estrutural.

A partir de uma nova concepção da PNAS na perspectiva do Suas, em 2004, o BPC passou a constituir parte integrante da Proteção Social Básica, mas elementos da realidade anterior atravessaram a efetivação da Assistência Social na esfera estadual.

#### **3.2.1 Caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro**

Segundo dados de 2010 do IBGE, o Rio de Janeiro é o segundo maior Estado brasileiro em densidade demográfica, contando com 15.993.583 de habitantes, ocupando uma extensão de 43.696.054 Km<sup>2</sup>, dividida em 92 municípios, cujo porte varia entre pequeno, médio, grande e metrópole. Na região metropolitana vivem cerca de 3/4 da população, o equivalente a cerca

de 11 milhões dos quase 16 milhões de residentes no Estado. Na cidade do Rio de Janeiro vivem seis milhões de pessoas e se concentram 40% dos trabalhadores fluminenses. Ainda segundo o IBGE (2010), o Rio de Janeiro tem a segunda maior economia do país, assentada, principalmente, na exploração de petróleo e gás. Entretanto, de forma semelhante ao restante do território nacional, o produto dessa riqueza natural não é usufruído de forma igualitária, nem pelos 92 municípios, nem por todos os cidadãos fluminenses.

Por suas características geográficas e riquezas naturais e culturais, o Estado do Rio destaca-se no contexto nacional e internacional. Recentemente, com a realização da Copa do Mundo (2014) no Brasil, e com o compromisso da cidade do Rio de Janeiro de sediar os próximos Jogos Olímpicos (2016), além de eventos como o Rio+20 (já realizado), os governos federal e estadual assumiram o compromisso de desenvolver ações concretas para atingir, até 2015, as metas da Cúpula do Milênio (ONU, 2000) relativas à erradicação da fome e da miséria, tendo programas de transferência de renda como principal instrumento.

Apesar da forte desigualdade de renda, os índices de pobreza e indigência vêm-se reduzindo. Segundo estudo do Ipea (2010) sobre pobreza e miséria nos Estados brasileiros, *entre 1995 e 2008, no Rio de Janeiro, a taxa de pobreza absoluta (indivíduos que não têm renda para aquisição de bens essenciais) caiu de 28,8% para 18,2%. E a taxa de pobreza extrema (indivíduos com renda inferior a US\$ 1,25 por dia), de 9,9% para 6,1%. Os índices de pobreza e indigência afetam de forma diferenciada os municípios e regiões do Estado. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado é de 0,807, valor considerado alto, acima do nacional, que é de 0,766, e, na Região Sudeste, abaixo apenas do de São Paulo. O Estado ocupa a quinta posição no ranking nacional do IDH e, entre os municípios brasileiros, conta com um dos maiores IDH, em Niterói (0,886).*

Cabem aos Centros de Referência da Assistência Social (Cras), aos Centros de Referência Especializados da Assistência Social (Creas) e Centros Pop (Crepop) as funções de atendimento e acompanhamento dos segmentos mais vulneráveis, resguardadas as especificidades dentre os níveis de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de média e alta complexidades. Implantá-los e efetivar seu funcionamento de acordo com os

princípios da PNAS/Suas soma-se às demais responsabilidades e competências que a política de assistência do Estado vem incorporando. Contudo, o fortalecimento da assistência social como política de proteção social requer, além de articulação com as demais políticas públicas, um forte investimento estatal na expansão dos equipamentos públicos, quadros de servidores permanentes e qualificados, implantação/aprimoramento de sistemas de informações. Trata-se de criar as condições objetivas para a efetivação de princípios e diretrizes, assegurando recursos financeiros, humanos, infraestrutura, entre outros, no enfrentamento, dentro do que cabe à assistência social, dos problemas econômicos e sociais.

O Estado do Rio de Janeiro vem avançando de forma significativa nesta direção. Atualmente, todos os 92 municípios do Estado estão habilitados na Gestão do Suas, sendo que 60 deles encontram-se habilitados à Gestão Básica e 32 à Gestão Plena<sup>8</sup>.

A *gestão básica* implicou um importante avanço do desenho do Sistema. Entre as exigências destacam-se a existência de Cras (em número e capacidade de acordo com o porte do município), a realização de diagnóstico de áreas de risco e maior vulnerabilidade social, e a manutenção de secretaria executiva no Conselho de Assistência Social. Essas três condições revelam a importância para o Suas de que haja equipamento próprio de referência nos territórios de vulnerabilidade e risco social, ao mesmo tempo em que exige-se da instância de controle social, especificamente do Conselho, suporte técnico mínimo para possibilitar sua atuação.

Já na *gestão plena* ampliam-se os pré-requisitos da gestão inicial e básica. São extremamente importantes a presença de um sistema municipal de monitoramento e avaliação, a capacidade de atuar na proteção social especial de alta complexidade, contar com gestor do fundo lotado no órgão responsável

---

<sup>8</sup> Cabe destacar mudanças a partir da nova legislação (2012) quanto à habilitação dos municípios. De acordo com a NOB 2012 - Art. 28. "Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios serão agrupados em níveis de gestão, a partir da apuração do Índice de Desenvolvimento do Suas - ID Suas, consoante ao estágio de organização do Suas em âmbito local, estadual e distrital."

O Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social (IGDSuas) é o instrumento de aferição da qualidade da gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, bem como da articulação intersetorial, no âmbito dos municípios, DF e estados. O IGDSuas foi instituído pela Lei nº12.435/2011, que altera a Lei nº8.742/1993 (Loas), regulamentado pelo Decreto nº7.636 de 07 de dezembro de 2011, pela Portaria nº337 de 15 de dezembro de 2011 e Portaria nº7, de 30 de janeiro de 2012.



pela assistência social e ter uma política de recursos humanos com carreira para servidores públicos.

As responsabilidades das gestões básica e plena partem das estabelecidas para a gestão inicial, com um crescimento para as ações e serviços de proteção especial, de supervisão e avaliação da rede socioassistencial, e de gestão do Benefício de Prestação Continuada.

A efetivação da gestão proposta pelo Suas compreende gestores municipais da política de Assistência Social atuando a partir de planejamento, considerando a realidade socioeconômica e cultural da população urbana e rural. Compreende também a integração e articulação dos benefícios, programas, projetos e serviços ofertados na rede socioassistencial do território a ser trabalhado, com primazia à atenção às famílias e seus membros. Os princípios dessa nova gestão social consistem em valorizar a participação e controle social, avaliar e monitorar as ações da política de Assistência Social, utilizar tecnologias informacionais, dar maior transparência às ações e responder às demandas com efetividade.

O órgão gestor estadual responsável pela política de assistência é a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) e, na sua estrutura administrativa, a Subsecretaria de Assistência Social e Desenvolvimento da Gestão (SSASDG). Propõe-se a consolidar a organização em três superintendências: de Gestão do Suas, de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Trata-se de uma medida necessária ao exercício do conjunto de ações e responsabilidades que se encontram sob sua competência: formular a política; organizar, coordenar e monitorar o Sistema no âmbito estadual; apoiar técnica, operacional e financeiramente os municípios na prestação de serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica e Especial, dos programas de transferência de renda e dos demais benefícios; promover a capacitação de gestores, profissionais e conselheiros da assistência social.

De acordo com a SEASDH, o Estado do Rio de Janeiro, tem investido na ampliação e qualificação do Suas por meio do apoio à estruturação dos equipamentos de Proteção Social Básica, conforme demonstram dados do Pacto de Aprimoramento da Gestão (SSASDG/SEASDH, 2011). No exercício de 2011, o Estado expandiu seu cofinanciamento dos serviços de proteção

social básica de 350 para 385 Cras. Em 2013, de acordo com o Secretário Estadual de Assistência Social, já havia 444 Cras no Estado, sendo 120 Cras financiados exclusivamente pelo Estado<sup>9</sup>.

O Estado do Rio também conta com 1.834 coletivos do PROJovem, 690.510 famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família, 87.956 pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, 147.522 idosos beneficiários do BPC (RIO DE JANEIRO, 2012:16)

Segundo a Tipificação Nacional dos Serviços SocioAssistenciais, pressupõe-se que os municípios do Estado do RJ devam ter a oferta de Serviços de Proteção Social Básica: *Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas*.

O serviço tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento. (BRASIL, 2009, 15)

Trata-se de um quadro em manutenção permanente e ainda em construção e reordenamento pelos municípios, já que o documento é rico em detalhes sobre como operar a política e contém: o nome do serviço, descrição, usuários, objetivos, provisões, aquisições dos usuários, condições e formas de acesso, unidade, período de funcionamento, abrangência, articulação em rede, impacto social esperado e regulamentações previstas (FONSECA, 2013).

Segundo o Plano Estadual de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro 2011-2014, um dos maiores desafios da política de assistência social no Estado do Rio de Janeiro diz respeito às relações de trabalho vigentes entre os profissionais do Suas, em sua grande maioria sujeitos a contratos precários. A adequação organizacional e programática deve convergir à consolidação de um quadro próprio e permanente de pessoal, através da previsão sistemática de concursos públicos para provimento de vagas, definidas quantitativamente e qualitativamente a partir das necessidades de cada setor, das funções exercidas, do número de municípios atendidos, dos planos de apoio existentes,

---

<sup>9</sup> Dado obtido na palestra do Secretário durante a IX Conferência Estadual de Assistência Social, realizada em 17/10/2013.

ou seja, de um diagnóstico e consequente planejamento orientado por objetivos e baseado em análise situacional (RIO DE JANEIRO, 2012:17).

Com base nas condições aqui expostas referentes à política de assistência social no Estado, o gestor estadual da política estabelece como meta potencializar a efetivação de suas funções de assessoria técnica e operacional prestada à gestão dos municípios, e se compromete, com base no Plano Estadual de Assistência Social, a investir na capacitação permanente nos 92 municípios visando a qualificar a gestão e a prestação das ações ofertadas através do Suas.

Além da capacitação, assessoria e desenvolvimento de sistemas de gestão, o órgão gestor estadual também pretende enfrentar esse quadro por meio da expansão, manutenção e execução do cofinanciamento nos 92 municípios, por meio do repasse Fundo a Fundo, regulamentado pelo Decreto Estadual nº 42.725, de 29 de novembro de 2010, e efetivado na prática em 2011.

Segundo Ana Ligia Gomes (em entrevista ao Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), em 8/11/2010),

*A partilha dos recursos federais para a assistência é definida a partir de critérios pactuados. São critérios transparentes e técnicos, que visam uma distribuição mais equânime dos recursos, priorizando os municípios com maior taxa de pobreza, menor receita corrente líquida per capita, menor cobertura na proteção social básica e aqueles que mais investem em Assistência Social. Os cruzamentos destas variáveis geram os “Índices Suas”, que estabelecem os municípios prioritários para o financiamento da proteção social básica.*

Essa modalidade de repasse representa um grande avanço para a política, pois materializa o caráter de continuidade das ações da política de assistência social e a transparência em todas suas etapas.

Esta apresentação de alguns pontos da assistência social no Estado procurou relatar como efetivamente se opera o atendimento aos beneficiários do BPC nos municípios pesquisados, pois, ao se tratar da gestão do BPC, está em pauta, sobretudo, a atenção aos beneficiários, articulando o processo de gestão a serviço do usuário.

Mais do que a busca da racionalidade de processos, da agilidade de procedimentos, do aprimoramento das ações de operacionalização, estabelece-se o compromisso com o cidadão e suas necessidades. Nesse

sentido, é importante considerar que as necessidades dos beneficiários não se esgotam no direito à renda de sobrevivência, pois a transferência dessa quantia cumpre um objetivo, mas não alcança sua completa efetividade se não estiver organicamente vinculada às demais ações das políticas sociais. O benefício deve contribuir para retirar o beneficiário da situação de exclusão, vinculando-o aos demais serviços, programas e projetos da rede socioassistencial. Essa vinculação é imprescindível para dar substancialidade ao BPC, possibilitando que ele atenda às necessidades mínimas de vida.

Assim, entende-se que o Suas pretende atender a finalidade de efetivar a demarcação da assistência social como política pública de seguridade social, com primazia da responsabilidade do Estado e parceria com a rede de atendimento determinada pelo vínculo Suas<sup>10</sup>, em detrimento das intervenções de gestão pontual, descontinuada e fragmentada. As bases normativas direcionam os pactos e as ações uniformizadas nacionalmente para universalizar a prestação de serviços, ampliar a cobertura da proteção social brasileira e assegurar os direitos socioassistenciais. As ações da política pública de assistência social são instituídas por meio do Suas, que possibilita a materialização do conteúdo pertinente à Lei Orgânica da Assistência Social (Loas, Lei nº 8.742/93, alterada pela Lei nº 12.435/2011).

Constatou-se com a pesquisa que ainda há muito a avançar em relação aos serviços e atendimentos na rede socioassistencial nos municípios, com base nos preceitos do Suas. Nos municípios, o rebatimento dessas ações pode ser observado num nível bastante imediato, pois é na esfera local que se materializa a contradição existente entre a garantia formal dos direitos sociais aos cidadãos e a insuficiência dos serviços e políticas sociais disponibilizados para o atendimento à população usuária.

O próximo capítulo apresenta os dados levantados na pesquisa e os resultados obtidos, seguidos de sua análise.

---

<sup>10</sup> O vínculo Suas significa o reconhecimento pelo MDS de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial, de acordo com o § 1º do artigo 6º-B da Loas.

#### **4 REDE DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS E BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Nesse quarto e último capítulo são apresentados e analisados os dados da pesquisa de modo quantitativo e qualitativo.

Além de analisar os dados obtidos, pelos sujeitos da amostra, para as variáveis em estudo, vai-se também verificar como estas variáveis se associam entre si tendo como referência os objetivos que orientaram a presente investigação, refletindo-se sobre a precariedade da oferta desses serviços específicos para idosos e pessoas com deficiência beneficiárias do BPC e os impactos sobre o acesso a essa mesma rede de serviços.

Para tal, o estudo se pautará no debate da rede socioassistencial pública. Entender a rede significa entender os serviços ofertados por esta rede, ou seja, a rede de serviços socioassistenciais que se constitui pelo conjunto de programas, projetos, serviços e benefícios prestados pelas instituições públicas e privadas que atuam no município. Configura um sistema de ações de atendimento, encaminhamentos e acompanhamento das famílias e indivíduos voltados a colaborar com a inclusão social. Significa não uma simples adesão, mas construir coletivamente práticas integradas e articuladas, que tenham por base a real noção do cotidiano e realidade local.

Os serviços, programas, projetos e benefícios têm como foco prioritário a família, e o território como base de organização, e passam a ser definidos pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que deles necessitam e pela complexidade.

A apresentação dos resultados será feita através de quadros e tabelas, onde são demonstrados os dados mais relevantes do estudo. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem na qual foi elaborado o quadro de variáveis. Vale lembrar que em algumas questões os participantes da pesquisa poderiam ter mais de uma opção de respostas, assim, o número apresentado pode ser maior do que o número de respondentes. Também, nos casos em que

o número de respostas for menor do que o número de participantes pode ser atribuído a ausência de resposta.

#### **4.1 Tabulação e sistematização dos dados da pesquisa**

Ao longo dos anos, a Assistência Social ou mesmo a noção de direito esteve ligada à caridade e benemerência sob a tutela do Estado, sob a operacionalização de entidades religiosas e/ou filantrópicas. Assim, o assistencialismo foi reforçado no âmbito da política de assistência social, enxergando o cidadão como pessoa digna de ajuda, em detrimento de sua consideração como sujeito.

Esta compreensão prejudica a efetivação da cidadania, que, mesmo ocorrendo pontualmente, por meio da implementação de algumas políticas, só se materializou legalmente com a Constituição Federal de 1988, no item referente aos direitos sociais.

A compreensão do direito como constitutivo da cidadania tem como elemento importante o acesso à informação. Segundo Weschenfelder,

O cidadão que conhece os caminhos para a efetivação do direito ou tem autonomia para buscá-lo, acessa-o tranquilamente, considerando o processo seletivo, burocrático, a rede de serviços bem como a legislação social e os órgãos responsáveis para essa efetivação. (WESCHENFELDER, 2011:42)

Nessa acepção,

(...) o BPC encontra sua identidade na proteção básica, pois visa garantir aos seus beneficiários o direito à convivência familiar e comunitária, bem como o trabalho social com suas famílias, contribuindo para o atendimento de suas necessidades e para o desenvolvimento de suas capacidades e de sua autonomia. (GOMES, 2006:61)

Com a finalidade de analisar a rede socioassistencial dos municípios, referente aos beneficiários do BPC, algumas perguntas foram destacadas nos questionários aplicados.

Antes, foram traçados breves perfis dos beneficiários, profissionais do Cras e gestores municipais, sujeitos da pesquisa, a partir de questões voltadas à sua identificação.

A Tabela 2 apresenta esse perfil de forma mais detalhada.

**Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos beneficiários do BPC, profissionais do Cras e gestores municipais**

	Beneficiário		Profissionais do Cras		Gestores	
	n	%	n	%	n	%
<b>Idade (anos)</b>	117	100,0	36	100,0	20	100,0
0-12	16	13,8				
13-17	14	12,1				
18-64	45	38,8	36	100,0	20	100,0
≥ 65	41	35,3				
<b>Sexo</b>	117	100,0	37	100,0	19	100,0
Masculino	54	46,2			02	10,5
Feminino	63	53,8	37	100,0	17	89,5
<b>Raça/Cor</b>	117	100,0	37	100,0	18	100,0
Branca	40	34,2	19	51,3	14	77,8
Preta	23	19,7	07	18,9	04	22,2
Parda	53	45,3	11	29,8		
Amarela	01	0,8				
<b>Estado civil</b>	117	100,0				
Casado	16	13,7				
Solteiro	74	63,2				
Desquitado	12	10,2				
Viúvo	15	12,9				
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>	117	100,0	36	100,0	20	100,0
Sem instrução	42	35,9				
1 a 3	22	18,9	01	2,8		
4 a 7	31	26,4	01	2,8		
8 a 10	10	8,5	01	2,8	01	5,0
≥ 11	03	2,6	30	83,3	17	85,0
Não determinado	09	7,7	03	8,3	02	10,0

## **Beneficiários**

Os respondentes beneficiários, em total de 117, são na maioria da faixa etária de 18 a 64 anos de idade, ou seja, adultos, e correspondem também em maioria ao sexo feminino e cor parda. Declararam-se solteiros em maioria, embora tenham vivido em algum período de suas vidas com algum companheiro(a). No que se refere à escolaridade, destaca-se a maioria de 'sem instrução' ou menos de um ano de estudo, apesar de existirem crianças e adolescentes em idade escolar. Tal caracterização demonstra que, mesmo em idade considerada produtiva, a condição de incapacidade para a vida independente e para o trabalho é uma realidade que os fez acessar o benefício.

## **Profissionais do Cras**

Esses respondentes, todos do sexo feminino, são em maioria assistentes sociais e têm como cargo o de coordenadora do Cras. Os vínculos trabalhistas predominantes foram os de 'sem vínculo empregatício e comissionado' e 'estatutário'. Isso contraria, em parte, os princípios da NOB-RH Suas, que recomenda que os vínculos sejam majoritariamente por concurso público (estatutário). Quanto à escolaridade, a maioria apresentou 11 anos ou mais de estudo, o que concentra um grupo de trabalhadores de nível superior, também em conformidade com a NOB-RH Suas. Foram predominantes a cor branca, e a idade entre 25 e 35 anos. Tais dados corroboram o índice populacional brasileiro de camadas que acessam mais o nível superior, bem como a idade produtiva.

## **Gestores municipais**

Os gestores municipais também são em maioria mulheres, com predominância de Assistentes Sociais. Quanto ao vínculo trabalhista, a maioria é 'sem vínculo empregatício e comissionado'. Na escolaridade, a maioria se apresenta com 11 anos ou mais de estudo, de cor branca em maioria e com idade de 40 a 65 anos. O tempo de gestão varia entre um mês e 5 anos, e a maior parte dos respondentes tinha de um a 24 meses de gestão.



**Tabela 3. Perfil trabalhista dos profissionais do Cras e gestores municipais**

	Profissionais do Cras		Gestores	
	n	%	n	%
<b>Profissão</b>	37	100,0	20	100,0
Assistente Social	22	59,4	06	30,0
Funcionário Público	01	2,8		
Pedagogo	06	16,2	02	10,0
Professor	02	5,4	03	15,0
Psicólogo	06	16,2	01	5,0
Advogado			02	10,0
Comerciante			01	5,0
Desenhista			01	5,0
Enfermeiro			01	5,0
Engenheiro			01	5,0
Secretário			01	5,0
Téc. análise clínica			01	5,0
<b>Cargo</b>	36	100,0	20	100,0
Gestor municipal			20	100,0
Diretor	02	5,5		
Coordenador	26	72,5		
Gerente	02	5,5		
Psicólogo	02	5,5		
Técnico	02	5,5		
Assistente Social	02	5,5		
<b>Vínculo trabalhista</b>	37	100,0	19	100,0
Celetista	06	16,2		
Celetista e comissionado	02	5,4		
Estatutário	10	27,0	01	5,2
Estatutário e comissionado	04	10,8	03	15,8
Sem vínculo e comissionado	11	29,8	15	79,0
Outro	04	10,8		

Segundo a SEASDH (RIO DE JANEIRO, 2013), a profissionalização da intervenção na oferta dos serviços ainda se dá de forma precária, com técnicos contratados e insuficientes para atender à significativa demanda. Os coordenadores de Cras e Creas em muitos municípios ainda não atendem às exigências de formação para esta função, e técnicos permanecem acumulando a função, gerando insuficiência frente às tarefas específicas deste profissional, especialmente a de gestão da rede de diferentes serviços no território e de capacitação permanente em serviço.

Segundo o guia de Orientações Cras, a equipe de profissionais, além das competências e atribuições privativas inerentes à formação, deve dispor de conhecimentos acerca da: Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica da Assistência Social - Loas; Política Nacional de Assistência Social - PNAS; Norma Operacional Básica - NOB/Suas; e outras normativas do MDS; Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; Política Nacional do Idoso - PNI; Estatuto do Idoso; Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; e outras normativas de defesa e garantia de direitos.

A rede socioassistencial, no Suas, constitui peça fundamental para a sua implementação, visto que revela a garantia da Proteção Social na Assistência Social. A fim de analisar a rede socioassistencial que, nos municípios, volta-se aos beneficiários do BPC, beneficiários, profissionais do Cras e gestores da Assistência Social responderam sobre os serviços dirigidos a idosos e PcD.

São apresentados em seguida os resultados nas dimensões e variáveis investigadas a partir da categoria Acesso (Quadro 4, p. 78).

Dimensão: **OFERTA**

Variável: **Rede de Serviços**

Ficou evidenciado que os serviços para idosos têm oferta maior que para PcD na resposta do profissional de Cras, e para idosos e PcD na resposta do gestor, conforme Tabela 4. No entanto, com relação à existência nos Cras de serviços dirigidos a idosos e PcD, apenas um pequeno percentual respondeu positivamente, contrastando com a oferta somente para idosos e “nenhum serviço”, nem para idosos nem PcD. Isso direciona uma aparente fragilidade nos princípios organizativos do Suas, que vão impactar no acesso.

**Tabela 4. Existência de serviços dirigidos a idosos e PcD segundo Gestor e Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Idosos e PcD	19	95,0	7	18,9
Idosos	1	5,0	21	56,8
Nenhum serviço	-	-	9	24,3
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Mas, se comparadas às respostas dos beneficiários, Tabela 5, a maioria respondeu 'não' ou 'não sabe', o que reforça a afirmação de que a oferta não existe ou é desconhecida pelo beneficiário.

Assim, a ausência de oferta contraria o preconizado pelo Suas como seguranças afiançadas.

**Tabela 5. Existência de serviços públicos de apoio para idoso e PcD segundo Beneficiários**

	<b>IDOSOS</b>		<b>PcD</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	16	26,2	08	9,9
Não	19	31,1	45	55,6
Não Sabe	26	42,6	28	34,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>81</b>	<b>100,0</b>

Os representantes de Cras, em sua maioria, consideram que os Cras não têm planos/intencionalidades de criar serviços específicos para beneficiários do BPC (Tabela 6). Ainda que não haja oferta, seria necessário o encaminhamento a serviços similares, mesmo que na rede socioassistencial privada, tal como preconiza o Guia de Orientações Técnicas para o Cras, ou seja, de que a ênfase dos serviços socioassistenciais no Cras deve ser o atendimento às famílias. Mesmo que alguns serviços, programas e benefícios socioassistenciais não sejam prestados diretamente no Cras, é necessário manter a referência para os devidos encaminhamentos.

**Tabela 6. Existência de Planos do Cras para criar serviços específicos para beneficiários BPC segundo profissionais do Cras**

	Profissionais do Cras	
	n	%
Sim	13	36,1
Não	18	50,0
Não sabe	05	13,9
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Nos profissionais respondentes do CRAS, em maioria, afirmou que os Cras devem oferecer serviços específicos para esses beneficiários, como demonstrado na Tabela 7. Alguns profissionais não concordam que esses serviços específicos devam ser oferecidos no Cras. No entanto, não se pode perder de vista que são princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial no Suas: (...) oferta de serviços, programas, projetos e benefícios públicos gratuitos com qualidade e continuidade, que garantam a oportunidade de convívio para o fortalecimento de laços familiares e sociais; Ou seja, seria necessário e deveria ser alvo do planejamento estratégico da política pública a implementação de serviços específicos para pessoas com deficiência e idosos beneficiários do BPC tal como preconiza a NOB Suas-2012 para municípios em diferentes níveis de gestão.

**Tabela 7. Existência de serviços específicos pelo Cras segundo profissionais do Cras**

	Profissionais do Cras	
	n	%
Sim	24	75,0
Não	12	25,0
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Todos os serviços da proteção social básica, desenvolvidos no território de abrangência do Cras, em especial os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, bem como o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, devem ser a ele referenciados e manter articulação com o Paif. É a partir do trabalho com famílias no serviço Paif que se organizam os serviços referenciados ao Cras. O referenciamento ao Cras dos serviços socioassistenciais da proteção social básica possibilita a organização e hierarquização da rede socioassistencial no território, cumprindo a diretriz de descentralização da política de assistência social (BRASIL, 2009).

É afirmado pelas respostas dos gestores da pesquisa, que a Secretaria de Assistência deve ter um papel essencial na garantia da acessibilidade aos serviços pelos beneficiários do BPC. No entanto, nem todos os profissionais do Cras concordam que a secretaria vem desempenhando esse papel, conforme demonstra a Tabela 9.

**Tabela 8. Papel da Secretaria de Assistência em relação ao BPC segundo Gestor**

	Gestores	
	n	%
Conhecer o usuário, suas necessidades e desenvolver ações articuladas junto a outras secretarias e rede de serviços	01	5,0
Acompanhamento sistemático das famílias através da busca ativa, orientações e acesso a informações sobre o BPC e serviços socioassistenciais	13	65,0
Desempenhar as funções estabelecidas pelo Suas	01	5,0
Fomentar parcerias entre secretarias para efetivação dos direitos dos usuários e também com terceiro setor a fim de atender as demandas	01	5,0
Implementar, monitorar e avaliar serviços, programas e projetos para os beneficiários	03	15,0
Papel importante porque programas junto BPC pertencem à Secretaria	01	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 9. Desempenho do papel da Secretaria de Assistência segundo profissionais do Cras**

	<b>Profissionais do Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	18	48,7
Não	16	43,2
Não sabe	03	8,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Variável: **Escola**

A variável escola pode ser destacada no que se refere à assistência ou não do beneficiário (criança ou jovem). Um grande número de respostas foi afirmativa. Ou seja, (44,9%) dos beneficiários crianças ou jovens frequentam a escola. Mas, obtivemos 55,1% de respostas negativas, que significa que esses beneficiários não estão na escola, como demonstrado na Tabela 10. Dos beneficiários que freqüentam escola, a escola é em grande maioria da rede pública de ensino como demonstrado na Tabela 10.

Em caso negativo de frequência à escola, os motivos apontados pelos beneficiários são a própria deficiência e outros motivos diversos (Tabela 11). O BPC na Escola tem sido um importante aliado na identificação de pessoas com deficiência na escola para acesso ao BPC e à rede de serviços socioassistenciais.

**Tabela 10. Frequência do beneficiário à escola e tipo de escola**

	Beneficiários					
	Sim			Não	Freqüentou mas não frequenta mais	Total
	Pública	Privada	Não sabe			
n	19	2	1	18	9	49
%	38,8	4,1	2,0	36,8	18,3	100,0

**Tabela 11. Motivos da não frequência à escola pelo beneficiário**

	Beneficiários	
	n	%
Por causa da deficiência	16	44,4
Escola longe de casa	02	5,6
Falta transporte	05	13,9
Falta recurso	01	2,8
Outro	12	33,3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

Também foi questionado se o beneficiário já frequentava a escola antes de receber o benefício, onde se obtiveram as seguintes respostas (Tabela 12).

**Tabela 12. Frequência à escola pelo beneficiário (criança ou jovem) antes de receber o BPC**

	Beneficiários	
	n	%
Sim	12	63,1
Não	06	31,5
Não sabe	01	5,2
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

A relação entre a frequência à escola e o recebimento do benefício não foi identificada na pesquisa, pois a maioria dos beneficiários (criança ou jovem) já frequentava a escola antes de receber o benefício e afirmou que ter o benefício não ajudou a conseguir vaga na escola (Tabela 13). A partir desse dado, pode-se atribuir que o BPC-Escola ainda não está amplamente divulgado para os beneficiários de modo geral.

**Tabela 13. Ajuda do BPC na aquisição de vaga na escola para o beneficiário**

	Beneficiários	
	n	%
Sim	02	20,0
Não	06	60,0
Não sabe	02	20,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

Na questão referente ao BPC Escola, as respostas dos gestores e profissionais do Cras destacaram que, embora a maioria tanto de gestores quanto de profissionais de Cras tenha afirmado conhecer o BPC Escola (Tabela 14), a minoria reconheceu que a Prefeitura ainda não o adotou (Tabela 15). Mas ambos os grupos afirmaram que a Prefeitura tem planos para inserir as crianças beneficiárias no programa, como demonstra a Tabela 16. Foi surpreendente o resultado em que 11 profissionais responderam não conhecer o programa. Trata-se de programa de acompanhamento e monitoramento do acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência, beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, tendo como prioridade esses usuários com idade até 18 anos.



**Tabela 14. Conhecimento do BPC- Escola pelos gestores e profissionais do Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	17	85,0	26	70,2
Não	03	15,0	11	29,8
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 15. Adoção pela Prefeitura do BPC Escola segundo gestor e profissionais do Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	12	70,6	18	64,3
Não	04	23,5	04	14,3
Não Sabe	01	5,9	06	21,4
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 16. Existência de Plano da Prefeitura para inserir as crianças beneficiárias no Programa BPC Escola segundo Gestores e Profissionais do Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Profissionais do Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	12	60,0	07	38,9
Não	1	5,0	03	16,7
Não sabe	7	35,0	08	44,4
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Variável: **Apoio/Ajuda**

Em relação a essa variável, buscou-se saber do beneficiário se teve ajuda para dar entrada no BPC, assim como quem o ajudou a acompanhar o processo (Tabela 17).

O apoio de familiares, vizinhos e amigos, também se faz presente entre os beneficiários que disseram ter sido esses que informaram sobre o benefício e os ajudaram a acompanhar todo o processo desde o pedido do benefício junto ao INSS até o recebimento do mesmo nas agências bancárias conveniadas. As redes primárias são responsáveis pela provisão do bem estar até que o idoso ou a pessoa com deficiência possa acessar o Estado como provedor de um direito social tal como o BPC.

**Tabela 17. Forma como o beneficiário recebeu ajuda para dar entrada no pedido BPC e para acompanhar o processo do pedido do BPC**

	Beneficiários			
	Ajuda dar entrada		Ajuda acompanhar processo	
	n	%	n	%
Familiares, vizinhos e amigos	46	39,4	59	50,4
Secretaria de Assistência ou Cras	22	18,9	05	4,2
Advogado/Procurador	10	8,5	14	11,9
Ninguém ajudou	10	8,5	21	18,0
Vereador/Deputado	08	6,9	04	3,4
Agência do INSS	06	5,1	02	1,8
Prefeitura	04	3,4	01	0,9
Outros Serviços Públicos	04	3,4	02	1,8
Outros	03	2,5	03	2,5
Não sabe/Não lembra	03	2,5	05	4,2
Associações comunitárias	01	0,9	01	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

Variável: **Informação**

Na variável Informação, buscou-se saber do beneficiário seu conhecimento sobre o Cras (Tabela 18) e como soube do BPC (Tabela 19).

Mesmo tendo sido em sua maioria os familiares e amigos do beneficiário a informarem sobre o BPC, o Cras também teve papel relevante nessa questão, já que um grande número de respondentes confiou ao Cras as informações referentes ao benefício, confirmando o conhecimento do Cras pelo beneficiário.

**Tabela 18. Conhecimento do Cras pelo beneficiário**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	97	82,9
Não	19	16,2
Não sabe	01	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 19. Forma como o beneficiário ficou sabendo do BPC**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Familiares, vizinhos e amigos	29	24,8
Secretaria de Assistência ou Cras	19	16,3
Prefeitura	16	13,7
Vereador/Deputado	15	12,9
Outros Serviços Públicos	13	11,1
Advogado/Procurador	09	7,7
Agência do INSS	04	3,4
Outros	05	4,2
Jornais/Comunicação de massa	03	2,5
Não Sabe/Não lembra	03	2,5
Associações comunitárias	01	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

## Variável: **Acompanhamento**

Nessa variável, foi questionada aos gestores e profissionais do Cras a existência de mecanismos de avaliação/acompanhamento do BPC (Tabela 20).

Apesar da importância desse equipamento na assistência social, ficou evidenciada a inexistência de mecanismo de avaliação/acompanhamento do BPC.

Entende-se que o Cras é o equipamento social público capaz de garantir a atenção integral às famílias em determinado território. Se essa noção de integralidade da proteção social não é planejada como parte das ações de acompanhamento necessárias, conclui-se pela existência de uma fragilidade no processo de condução da política em nível de proteção social básica no território.

Sposati (2012) adverte para que não se caia na armadilha de atribuir ao Cras uma ação “Reduccionista” nem “Exacerbada”. Reduccionista como porta de entrada que acaba atraindo para si uma série de funções, tais como ser: posto de fiscalização de condicionalidades e verificação de irregularidades; agência de despachantes; mero programa onde o governo federal está pondo dinheiro; serviço com um fim em si mesmo; e Exacerbada como ser uma mini-secretaria em um território; executor da totalidade da política de assistência social; coordenador do Cras é tão importante quanto o gestor; poder político de articulação do Cras desencadeando disputas pelo cargo.

**Tabela 20. Existência no Cras de mecanismo de avaliação/acompanhamento do BPC segundo profissionais do Cras e Gestores**

	Profissionais do Cras		Gestores	
	n	%	n	%
Sim	15	40,6	07	36,9
Não	22	59,4	12	63,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Ainda na dimensão “Oferta”, na variável *Acompanhamento*, obteve-se como destaque a visita do assistente social enquanto profissional da

assistência, tendo por finalidade conhecer as necessidades do beneficiário além de informar sobre recursos e serviços existentes no município para atendimento da demanda dos mesmos. O assistente social se destaca neste contexto como recurso humano importante nesse contexto de garantia de direitos, profissional de escuta.

**Tabela 21. Visita do Assistente Social ao beneficiário**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	81	69,2
Não	34	29,0
Não sabe	02	1,8
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 22. Objetivo da visita do assistente social na casa do beneficiário**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Fazer revisão do benefício	07	8,3
Fazer avaliação social INSS antes do benefício	02	2,3
Saber das necessidades do beneficiário	48	57,1
Outro	27	32,1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

Mesmo com destaque para a visita do assistente social na casa do beneficiário, a maioria afirmou não terem ocorrido mudanças após a visita do profissional, conforme indica a Tabela 23 Até porque a aquisição de potencialidades e apropriação da rede independe de orientação profissional apenas, e muito mais da capacidade do usuário de construir autonomia em conjunto com o profissional, a rede de apoio ou a rede socioassistencial.

**Tabela 23. Mudança percebida pelos beneficiários após visita do Assistente Social**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	32	38,6
Não	51	61,4
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

Aqueles que responderam afirmativamente destacaram as seguintes mudanças, apresentadas na Tabela 24:

**Tabela 24. Relação das mudanças percebidas pelo beneficiário após visita do Assistente Social**

	<b>Beneficiários</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Passou a ser atendido pelo Cras	11	26,1
Recebeu outro benefício da Prefeitura	08	19,1
Recebeu o benefício	04	9,6
Passou a ser atendido por outros serviços	04	9,6
Recebeu complementação de renda	03	7,1
Nada mudou	02	4,8
Recebeu cadeira de rodas	02	4,8
Cestas básicas	01	2,3
Ganhou residência adaptada	01	2,3
Saúde mental	01	2,3
Outros	05	12,0
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Conforme identificado (tabela 24), acima, a partir da visita do assistente social ficou evidenciado mudanças em relação à aquisição de serviços e benefícios antes não utilizados pelos beneficiários, inclusive o próprio recebimento do BPC.

## Dimensão: ADEQUAÇÃO

### Variável: **Acessibilidade**

A questão da acessibilidade dos equipamentos da assistência também foi respondida tanto por gestores quanto por profissionais de Cras. Ambos os segmentos asseguram que essa acessibilidade ainda não é garantida aos beneficiários em todos os Cras (Tabela 25) mas já existe plano da Prefeitura para garantir essa acessibilidade em curto, médio e até longo prazos, como se observa na Tabela 26.

Constitui grave violação da Lei 7.853/89 e do Decreto 3.298/99, que regulamentam a Política Nacional da Pessoa com Deficiência segundo a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência em torno das adequações da ABNT para acessibilidade.

**Tabela 25. Acessibilidade apropriada nos equipamentos da assistência para os beneficiários segundo gestores e profissionais do Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	7	35,0	10	27,0
Sim, alguns	11	55,0		
Não	2	10,0	27	73,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 26. Prazo de aplicação dos planos para garantir acessibilidade apropriada aos usuários segundo Gestor e Cras**

<b>Prazo</b>	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Curto	8	57,1	3	20,0
Médio	5	35,7	8	5,3
Médio e longo	1	7,1	-	-
Indeterminado	-	-	1	6,7
Não sabe	-	-	3	20,0
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>

Variável: **Suficiência**

Nessa variável foi questionado aos Gestores e Profissionais do Cras se consideram suficientes os serviços prestados para os beneficiários (Tabela 27).

Nos Cras, apenas um pequeno percentual considera que são suficientes. A maioria respondeu que “não” são suficientes os serviços oferecidos, além de considerar a necessidade de serviços voltados especificamente para esse segmento e terem elencado uma série de outros serviços que consideram necessários para esses beneficiários: “acompanhamento sociofamiliar”, “atividades lúdicas e oficinas em grupos”, “transporte adaptado para participação dos beneficiários nos serviços da rede socioassistencial”, “intersectorialidade entre as políticas sociais municipais”, “criação de grupos socioeducativos”, “garantir acessibilidade” e “implementação de outros serviços de renda”. Assim, é importante garantir que todo cidadão que necessitar deve ter acesso a serviços e benefícios que o apoiem diante de vulnerabilidades e possibilitem sua autonomia. A resposta esperada não se reduz a uma única política e sim a uma ação intersectorial. As necessidades do cidadão podem passar por políticas sociais que envolvam saúde, educação, habitação, cultura, esporte, lazer, entre outras, além da própria assistência social (RIO DE JANEIRO, 2012).

**Tabela 27. Suficiência dos serviços segundo Gestores e profissionais do Cras**

	<b>Gestor</b>		<b>Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	04	20,0	08	25,0
Não	16	80,0	29	75,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Em relação aos serviços que seriam prioritários para os beneficiários, na visão do gestor, foram destacados os serviços de saúde, cultura e educação, seguidos de assistência, conforme Tabela 28.



**Tabela 28. Serviços prioritários de acordo com Gestor**

	<b>Gestor</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Saúde	7	35,0
Assistência	2	10,0
Educação	5	25,0
Cultura	6	30,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Os profissionais do Cras citaram os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos e acompanhamento sistemático das famílias (Tabela 29), serviços esses já previstos na tipificação desde 2009. Cabe indagar se esses serviços previstos estão atendendo à demanda ou não foram de fato implementados na sua totalidade. Muitos desses não são atrativos ou ainda adaptados às necessidades de idosos e pessoas com deficiência.

**Tabela 29. Serviços prioritários de acordo com profissionais do Cras**

	<b>Profissionais do Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Acompanhamento sistemático das famílias	4	13,0
Aumento de RH da equipe multiprofissional	1	3,2
Informação de inclusão	1	3,2
Informação para acesso aos direitos, estimular a participação nos conselhos	1	3,2
Motivá-los a participar dos grupos de convivência	1	3,2
Não considera serviço específico para beneficiário mas para PcD	1	3,2
Não há necessidade de serviços específicos, devem ser incluídos nas atividades	2	6,4
Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos	20	64,6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Os gestores afirmaram que a prefeitura deve oferecer serviços específicos para os beneficiários (Tabela 30), no entanto não há essa oferta a partir de parcerias formais da Prefeitura com outros municípios.

**Tabela 30. Opinião dos gestores quanto a necessidade de oferta de serviços específicos para beneficiários do BPC pela Prefeitura**

	<b>Gestor</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	14	70,0
Não	6	30,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Segundo os profissionais, o Cras utiliza as informações do BPC e do CADÚnico para levantar necessidades dos beneficiários a fim de garantir o acesso aos serviços e benefícios da assistência social (Tabelas 31 e 32).

**Tabela 31. Utilização pelo Cras das informações sobre BPC para identificar necessidade de idosos e PcD segundo profissionais Cras**

	<b>Profissionais do Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	25	67,5
Não	10	27,1
Não sabe	02	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 32. Utilização pelo Cras das informações do CADÚnico para identificar necessidade de idosos e PcD segundo profissionais Cras**

	<b>Profissionais do Cras</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	30	81,1
Não	07	18,9
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Este é um fator positivo, já que reforça que os serviços e benefícios ofertados estejam em consonância com as necessidades de seus beneficiários. No entanto, com relação à existência nos Cras de serviços dirigidos a idosos e PcD, apenas um pequeno percentual respondeu positivamente, contrastando com a oferta somente para idosos e “não”, nem para idosos nem PcD como demonstrado (Tabela 4, p.99).

Quanto aos serviços que a Secretaria de Assistência deveria criar para beneficiários (Tabela 33) alguns profissionais responderam que a secretaria não deveria criar serviços específicos para esses usuários, alegando que já são cobertos pelos serviços da rede de assistência, que é para todos; mas grande parte também mencionou o Centro de Convivência para idosos e PcD. Possivelmente, isso se reflete no fato de que, embora em quase todos os municípios esse serviço seja ofertado, a demanda é grande para esse atendimento. Mas chamou a atenção o baixo percentual de respondentes que admitem fazer parte da atuação da secretaria a oferta desses serviços específicos para os beneficiários.

**Tabela 33. Opinião dos profissionais do Cras sobre Serviços que a SAS deveria criar para os beneficiários**

	Profissionais do Cras	
	n	%
A Secretaria não deveria criar serviços	6	18,1
A Secretaria já atende esse público	1	3,1
Acessibilidade	2	6,1
Acompanhamento sistemático das famílias	3	9,1
Centro de Convivência para idosos e PcD	9	27,2
Disponibilidade de profissionais para atendimento domiciliar	3	9,1
Não há necessidade de criar, já está na tipificação	2	6,1
Oficinas para qualificação profissional	3	9,1
Realizar pesquisas para verificar demandas	4	12,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

As dificuldades da secretaria para desenvolver serviços específicos para beneficiários, alegadas pelos profissionais do Cras, foram, em sua maioria, relacionadas a Recursos Humanos. E Recursos Humanos especializados em saberes relacionados ao universo da terceira idade e pessoas com deficiência. Também tiveram destaque dificuldades orçamentárias, políticas, técnicas e outras dificuldades. Entre as dificuldades técnicas expostas pelos profissionais podem ser destacadas mais uma vez a falta de recursos humanos e de recursos humanos qualificados; falta de acessibilidade no espaço físico de atendimento; dificuldade para realizar busca ativa; falta de supervisão e capacitação continuada à equipe de trabalho; e gestão não qualificada. Entre as dificuldades políticas citadas pelos profissionais, baixa articulação entre as secretarias municipais e falta de interesse político.

**Tabela 34. Dificuldades da Secretaria de Assistência para desenvolver serviços específicos aos beneficiários BPC segundo profissionais do Cras**

	Profissionais do Cras	
	n	%
Gestão não qualificada	2	28,5
Falta de recursos humanos qualificados	1	14,3
Dificuldade para realizar Busca Ativa	1	14,3
Falta de acessibilidade no espaço físico de atendimento	1	14,3
Falta de supervisão/capacitação continuada à equipe de trabalho	1	14,3
Falta de Recursos Humanos	1	14,3
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>

Um número expressivo de beneficiários respondeu que existem necessidades não atendidas pelos serviços públicos (Tabela 34), o que chama a atenção para a questão da acessibilidade aos serviços da rede socioassistencial prevista no Suas.

**Tabela 35. Existência de necessidades não atendidas pelos serviços públicos segundo beneficiários**

	Beneficiários	
	n	%
Sim	71	61,2
Não	38	32,8
Não sabe	07	6,0
<b>Total</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

Dimensão: USO

Variável: **Disponibilidade**

Na variável a seguir, *Disponibilidade*, o uso dos serviços pode ser identificado a partir da questão referente aos serviços usados pelos beneficiários. Essa utilização inclui grande maioria dos beneficiários para os serviços de saúde, seguido também de atendimento nos Cras. Observou-se que isso se deve ao fato de, por serem idosos, em sua maioria necessitarem de mais cuidados com a saúde, e também pelo fato de a própria deficiência, no caso de PcD, requerer esse tipo de atendimento (como acompanhamento médico e fisioterapia).

Assim, quando perguntado ao beneficiário sobre o uso dos serviços públicos, obtivemos esses serviços usados pelos mesmos (Tabela 36):

**Tabela 36. Relação de serviços usados pelos beneficiários**

	Beneficiários	
	n	%
Escola	11	9,4
Unidade de Saúde	64	54,7
Cras	32	27,3
Outros serviços	08	6,9
Não usa	02	1,7
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

Também foram identificados vários outros serviços necessários aos beneficiários, como transporte e acesso a outros serviços de saúde, mas não estão disponíveis ou não são do conhecimento desses usuários.

Outra questão diz respeito à utilização do serviço público. Os beneficiários utilizam os serviços de saúde, seguidos de Escola e também de atendimento nos Cras, embora a maioria tenha respondido que ‘não precisa’ ou mencionado ‘outros serviços’, como mostra a Tabela 37.

**Tabela 37. Relação de Serviços públicos que o beneficiário precisaria usar e não usa**

	Beneficiários	
	n	%
Não precisa	66	56,4
Outros serviços	31	26,5
Unidade de saúde	10	8,5
Escola	07	5,9
Cras	02	1,8
Creche	01	0,9
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>

Quando perguntados sobre o motivo pelo qual não usam os serviços públicos, respondido por um grande número de beneficiários, estes apresentaram várias respostas, das quais algumas foram destacadas na Tabela 38.

**Tabela 38. Relação de Motivos do não uso dos serviços públicos pelos beneficiários**

	Beneficiários	
	n	%
Não existe	14	23,8
Longe de casa	9	15,2
Não sabe	6	10,2
Dificuldade de locomoção	6	10,2
Não conhece o serviço	5	8,4
Não conseguiu vaga	4	6,8
Não gosta	4	6,8
Não foi chamado	2	3,4
Porque demora para atender	2	3,4
Por causa da deficiência	1	1,7
Não tem transporte	5	8,4
Outros	<b>59</b>	<b>100,0</b>
<b>Total</b>		

O Cras é utilizado pelos beneficiários na obtenção de algum serviço necessário. Assim, a questão seguinte refere-se à frequência do beneficiário ao Cras, tendo se obtido um percentual elevado quanto ao uso desse equipamento pelos beneficiários, como demonstra a Tabela 39.

**Tabela 39. Uso do Cras pelo beneficiário**

	Beneficiários	
	n	%
Sim	72	73,4
Não	26	26,6
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Em relação aos motivos para a frequência/Utilização dos Cras, os beneficiários se referiram à procura de ajuda para alguma necessidade, motivo

principal da maioria, mas também mencionando outros motivos como apresentados na Tabela 40.

**Tabela 40. Relação dos Motivos para uso do Cras pelo beneficiário**

	Beneficiários	
	n	%
Procurar ajuda para alguma necessidade	45	39,9
Receber algum benefício	27	23,9
Frequentar oficina de capacitação	16	14,1
Frequentar Grupo de Apoio	13	11,5
Frequentar atividade recreativa	11	9,8
Não sabe	01	0,8
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100,0</b>

Variável: **Aceitabilidade**

Com essa variável, buscou-se conhecer a opinião dos beneficiários sobre a qualidade dos serviços usados por eles (Tabela 41)

Foi afirmado pelos beneficiários que usam os serviços públicos que os serviços são considerados, na maioria, 'regulares' e 'excelentes'. Muitos não responderam a essa pergunta. A aceitabilidade tem impactos em novo acesso ao setor público. Se a experiência for negativa, a tendência é haver resistência a novo acesso; o contrário acontece com experiências positivas, que vão impactar na adesão fiel do usuário ao serviço na maioria das vezes.



**Tabela 41. Opinião dos beneficiários sobre a qualidade dos serviços usados**

	Beneficiários	
	n	%
Excelente	05	45,5
Bom	02	18,2
Regular	03	27,2
Péssimo	01	9,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

Também buscou-se conhecer a opinião dos beneficiários sobre o atendimento do Cras (Tabela 42):

**Tabela 42. Opinião dos beneficiários sobre o atendimento do Cras**

	Beneficiários	
	n	%
Excelente	25	34,2
Bom	43	58,9
Regular	03	4,1
Ruim	01	1,3
Péssimo	01	1,3
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100,0</b>

Com relação à caracterização dos serviços ofertados nos Cras, os dados levantados na pesquisa mostram que a maioria dos Cras realiza o acompanhamento de famílias e indivíduos, comprovado na questão sobre a visita do assistente social à casa do beneficiário. A maioria disse que recebeu a visita do assistente social, e que este também ofereceu participação em grupos/oficinas de convivência para idosos e atividades socioeducativas.

Os resultados evidenciaram pontos de vista semelhantes entre os respondentes, profissionais do Cras e gestores. Embora uns se proponham a modificações e/ou façam novas propostas para o Suas, outros se fixam em

posições tradicionais em relação à oferta de serviços específicos para os beneficiários do BPC.

Como resultado dessa análise, obteve-se uma série de reflexões voltadas para a questão da rede socioassistencial, especificamente relacionadas aos serviços ofertados.

Mesmo sendo decorrentes da realidade local (municipal), onde realizou-se a pesquisa, tais conclusões, confrontadas com a literatura existente sobre o tema, rede socioassistencial, permitiram uma ampliação para âmbitos maiores.

A análise dos resultados desta pesquisa permitiu identificar outras dificuldades materiais que os beneficiários enfrentam para acessar os serviços de que necessitam. Dentre elas, cabe destacar a baixa infraestrutura da oferta de serviços. As dificuldades de acesso aos serviços específicos, combinada com a demanda por profissionais de apoio, revelam o caráter restritivo desse acesso. Também a falta de acessibilidade em relação à informação necessária sobre os serviços disponíveis leva à falta de conhecimento sobre os serviços ofertados pelos municípios.

No Quadro 5, pode-se verificar que o número de serviços ofertados é bem desproporcional ao número da população do município, e ainda da população específica estudada (idosos e pessoas com deficiência). Alguns municípios não apresentaram nenhum tipo de serviço específico para idosos ou PcD, e alguns só oferecem serviços para idosos. Mesmo com o pequeno número de serviços, constata-se que a maioria é apresentada como serviço público. Também merece destaque que alguns municípios não responderam a essa questão sobre os serviços.

O Quadro 5 apresenta o percentual em relação à população idosa e PcD com número de serviços para essa população. Observa-se que alguns municípios com maior população têm menores quantidades de serviços.

**Quadro 5. Percentual de serviços em relação à população Idosa e PcD**

Municípios pesquisados	BPC Idosos(a)	Serviços Idosos(b)	Percentual	BPC PcD(a)	Serviços PcD(b)	Percentual
Barra do Piraí	532	04	0,75	885		
Bom Jesus do Itabapoana	183	03	1,63	388	01	0,25
Campos dos Goytacazes	3.404	01	0,02	3.321	01	0,03
Carmo	131	05	3,81	121	03	2,47
Casimiro de Abreu	531	02	0,37	369	02	0,54
Itaboraí	2.851	02	0,07	1.741	01	0,05
Macaé	1.138	03	0,26	1.427	07	0,49
Magé	2.419	03	0,12	2.470	02	0,08
Mangaratiba	261	09	3,44	103	06	5,82
Mendes	129	01	0,77	275	01	0,36
Mesquita	3.618	08	0,22	1.859	02	0,10
Niterói	5.535	01	0,01	3.293	02	0,06
Nova Iguaçu	8.412			5.426		
Petrópolis	1.951	03	0,15	2.047	02	0,09
Piraí	244	04	1,63	262	04	1,52
Resende	915	02	0,21	934	01	0,10
Rio das Ostras	648	02	0,30	472	01	0,21
Rio de Janeiro	60.471	03	0,004	30.665	04	0,01
Saquarema	1.562	01	0,06	881	02	0,22
Três Rios	324	01	0,30	507		
Volta Redonda	811	05	0,61	1.318	04	0,30

Fonte: IBGE (a) e Censo Suas (2011) (b)<sup>11</sup>

A utilização dos dados do Censo Suas(2011) vem confirmar a existência de pouca oferta de serviços para os beneficiários nos municípios pesquisados.

Assim, a análise dos dados nos permitiu identificar um conjunto de barreiras que, combinadas, vão refletir em impedimentos que os beneficiários do BPC ainda experimentam nesses municípios.

A partir dos dados levantados pela pesquisa, segue um breve resumo dos achados na pesquisa que irá subsidiar a conclusão final desta tese.

<sup>11</sup> BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). Censo Suas, 2011. Disponível em: <[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/simulacao/TabSocial/censo\\_suas.php](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/simulacao/TabSocial/censo_suas.php)>.

## 4.2 Resumo dos achados na pesquisa

Neste item, são apresentados os principais achados a partir dos resultados encontrados nos municípios pesquisados, em especial, os que estão associados aos serviços da assistência social naqueles municípios.

Constitui uma análise das dificuldades, contradições e perspectivas que permeiam a trajetória da assistência social enquanto política em relação à rede de serviços socioassistenciais voltada aos beneficiários do BPC.

Da compreensão e interpretação dos dados obtidos foi possível delinear pontos importantes que se acredita possam contribuir para uma reflexão sobre o acesso aos serviços e a possibilidade de atuação via rede de serviços.

Assim, a pesquisa realizada nos municípios indicou algumas questões para reflexão a respeito do acompanhamento e gestão das políticas direcionadas a esses beneficiários. São elas:

- A aquisição do benefício não facilita a obtenção de vaga na rede pública de ensino;
- O conhecimento sobre o benefício e a ajuda a dar entrada no pedido pelo beneficiário é facilitada pela própria rede familiar;
- Não foram identificados problemas pelo beneficiário em relação a começar a receber o benefício, porém algumas dificuldades em relação a dar entrada no pedido;
- Grande parte dos beneficiários não frequenta grupos específicos na comunidade (de idosos e/ou PcD), por dificuldade de locomoção e desconhecimento em relação aos grupos ou não existência dos mesmos, mas gostaria de frequentar, caso tivesse essa possibilidade;
- A maioria dos beneficiários não recebe ajuda de associações e/ou grupos na comunidade;
- Recebem apoio familiar nas questões relativas a cuidado dos beneficiários, o que não mudou após recebimento do BPC;
- Muitos beneficiários utilizam alguns serviços públicos, como serviços de saúde, escola, Cras, porém precisariam de outros que não lhes são ofertados como transporte apropriado, principalmente para os que têm dificuldade de locomoção e aquisição de medicamentos;

- Os serviços de apoio a idosos e PcD são inexistentes ou insuficientes para os beneficiários;

- Grande parte dos beneficiários conhece e frequenta o Cras, embora nem todos saibam para que utilizam ou sua finalidade;

- Os beneficiários consideram existir outras necessidades não atendidas pelos serviços públicos.

Cabe destacar a necessidade de oferta de serviços com mais qualidade, a fim de atender a essa população, considerando-se a complexidade que permeia esses beneficiários. A existência de serviços dirigidos ao segmento idoso e pessoas com deficiência nos municípios é insuficiente e os planos para criação ou extensão desses serviços se apresenta ainda indefinido ou não existem.

Também em decorrência dessa pesquisa, argumenta-se quanto à necessidade de maior atuação do poder público onde se desenvolve a operacionalização da política de assistência social.

A partir desse estudo pode-se concluir que houve melhoria considerável no funcionamento institucional em relação à gestão municipal a partir do Suas, bem como apontar a insuficiência de recursos destinados pelos governos para implementação do Suas conforme o desenho previsto nos diferentes estágios de participação dos entes federativos no cumprimento de suas responsabilidades, destacando-se o nível estadual.

Muitos aspectos foram evidenciados ao longo da pesquisa, ficando clara a ausência e/ou insuficiência de serviços de atendimento às necessidades de idosos e PcD.

No que se refere ao usuário na política, o estudo indicou que ele participa muito timidamente como sujeito da política – basicamente, como destinatário dos serviços, com pouca participação no planejamento e avaliação.

Foi destacada pelos sujeitos da pesquisa a necessidade de ampliação do atendimento aos beneficiários através da rede de atendimento socioassistencial nos municípios, sendo mencionados também: a implantação de Cras em espaços físicos sem a qualidade necessária; que as condições de trabalho nesses equipamentos precisam avançar para a consolidação como equipamentos públicos; a pouca capacitação dos trabalhadores, além de frágil e precária vinculação trabalhista e condições de trabalho.

O acesso, categoria central utilizada na pesquisa, se dá de forma ainda insuficiente, pela pouca informação sobre serviços existentes, além de insuficiência de oferta para os beneficiários do BPC.

Os resultados encontrados mostraram que o BPC foi apresentado pelos beneficiários como um importante mecanismo de segurança de renda e garantia do acesso à alimentação, tratamentos de saúde e gastos com habitação desses idosos e pessoas com deficiência. Os beneficiários também relacionaram a concessão do benefício ao aumento da sua independência social e financeira em relação a suas famílias, contribuindo para a ampliação das noções de autonomia e cidadania.

O BPC é considerado um instrumento capaz de proteger beneficiários e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante de pobreza, desemprego e emprego informal, mas o BPC tem um valor ainda restritivo, levando-se em consideração que as pessoas atendidas pelo benefício combinam pobreza extrema com gastos constantes em tratamentos de saúde e alimentação. Entretanto, o benefício se configura como uma importante política social para atender aos mínimos sociais das pessoas com deficiência e promover a melhoria das noções de autonomia, independência e cidadania dessas pessoas.

Dos entrevistados, a maioria declarou necessitar de cuidados médicos constantes, dentre entre eles consultas médicas periódicas, uso de medicamentos freqüentes, fisioterapia e alimentação específica. Alguns ainda necessitam de cuidados especiais. Dos beneficiários entrevistados, alguns com deficiência combinam necessidade de cuidados médicos constantes com necessidade de cuidados especiais diários. Outros beneficiários declararam que a necessidade de cuidados com saúde é freqüente e não recebem apoio, em relação a esses cuidados, de outras políticas públicas. Com essas declarações, percebe-se o quanto é importante uma rede de serviços suficiente para atender à demanda e voltada a esses beneficiários, o que não foi verificado nos municípios estudados.

As pessoas idosas e com deficiência se apresentam como tema que vem desafiando as políticas públicas por se apresentarem com mercado de trabalho restritivo e políticas sociais ainda frágeis para a garantia de cidadania dessa parcela da população. Assim, muitas são as demandas por medidas

para atendimento das necessidades desses beneficiários e para a inclusão social dessas pessoas.

As pessoas idosas ou com deficiência têm nas políticas de inclusão uma forma ainda insuficiente de promover sua inserção no mercado de trabalho, pois tem que ser considerado o grau de restrição pela deficiência, pela idade, além de precária formação educacional e profissional. No caso em questão dos municípios pesquisados, a grande maioria dos beneficiários é *sem instrução* ou têm de *um a três anos de estudo*. Nestes casos, o BPC Trabalho foi criado como uma política social com o objetivo de atender aos direitos de cidadania das pessoas beneficiárias que necessitam dessa assistência. Também no caso de crianças com deficiência, o BPC Escola tem o objetivo de inserir esses beneficiários no cotidiano escolar; no entanto, nem todos os municípios aderiram a essa política, inclusive alguns profissionais disseram ainda não conhecer o BPC Escola. Apesar disso, a maioria das crianças beneficiárias estão freqüentando a escola regular do ensino público, mas mencionaram a dificuldade de transporte, pois têm locomoção limitada, o que dificulta chegarem até a escola.

Por impor critérios de acesso restritivos, o BPC se torna direcionado a pessoas em extrema pobreza, pois o critério de renda per capita familiar utilizado faz com que, além da situação financeira do requerente ao benefício ser avaliada para a concessão, também seja avaliada a de toda a sua família. Essa restrição para a concessão leva os rendimentos do benefício ao uso prioritário na compra de alimentos, medicamentos, tratamentos de saúde e outros gastos do beneficiário e sua família. A família, para os beneficiários, exerce um importante papel de apoio em suas necessidades. Foi na família, por exemplo, que o beneficiário recebeu ajuda para dar entrada no pedido do benefício, além de ajuda também no acompanhamento do processo.

Ficou constatado que o BPC tem a finalidade de atender às necessidades mínimas de sobrevivência dos beneficiados. No entanto, a importância do benefício como proteção social se revela também quando se constata o papel desempenhado pelo BPC na composição dos rendimentos da família dos beneficiários. Das pessoas entrevistadas que recebem o BPC, a grande maioria tem o benefício como única renda da família e/ou tem o BPC como principal renda familiar. Pode-se dizer que o BPC é responsável pela

proteção social de renda das pessoas idosas e com deficiência que antes dependiam da ajuda familiar ou beneficente de comunidades religiosas. O benefício, nesse sentido, apesar de se configurar como um benefício com critérios de elegibilidade e repasse de valores seletivos, integra uma rede de proteção social baseada em políticas públicas em que o Estado é responsável por atender às demandas sociais, objetivando promover a garantia da cidadania das pessoas pobres idosas e com deficiência no país.



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realidade brasileira tem como característica a desigualdade estrutural e apresenta diferentes formas de manifestação da questão social, sinalizando demandas e necessidades de implantação de políticas sociais.

No Brasil, a assistência social tem por finalidade garantir condições básicas de sobrevivência para determinados grupos populacionais que não conseguem garanti-las por meio do trabalho ou por sua família.

Tendo a assistência social assegurado no nível legal, pela Constituição Federal de 1988, a ruptura com o conservadorismo que a caracterizava no passado, hoje compõe o tripé da seguridade social devida pelo Estado brasileiro como direito do cidadão. Assim, a assistência social, agora como política pública, passou a ser concebida como proteção nas diversas formas de insuficiência ou ausência de renda, além de inaptidão ao trabalho por situação de idade ou deficiência.

A política de assistência social nas décadas seguintes à CF/88 encontrou dificuldades para se constituir com base nos preceitos constitucionais. Em princípio, o processo de descentralização proposto pela nova política se constituiu basicamente no cumprimento das formalidades determinadas pela esfera federal.

Com base em estudos sobre a assistência social no Estado do Rio de Janeiro, são expressos esforços dos municípios para o cumprimento das exigências legais feitas pela esfera federal. Mais adiante, a esfera estadual foi se desresponsabilizando de suas atribuições.

Só a partir dos anos 2000, os governos federais dispensaram à Política de Assistência Social orientação diferente da apresentada até então. Foi retomada a concepção de direito prevista na Loas, sendo alocados mais recursos pelos governos e dada continuidade ao processo de institucionalização da política de assistência social em todo o país, com a implementação do Suas.

A implementação desse sistema (Suas) teve o objetivo de dar unidade e qualidade aos serviços socioassistenciais organizados com base na tipificação e normatização nacional.

A partir de 2005, ano do início da implantação do Suas, uma nova forma de organização e gestão da PNAS foi adotada tendo como finalidade a regulação e organização dos serviços socioassistenciais em todo o território nacional.

Produto de ampla movimentação da sociedade, o Suas tem base na Lei Orgânica da Assistência Social - Loas, orientando-se por seus princípios e diretrizes, com vistas à consolidação de um sistema descentralizado e participativo que materialize as ações e serviços para a efetivação da Política de Assistência Social.

Busca-se, com o Suas, uma Política de Assistência Social de acesso universal ampliando, inclusive, o que está posto na própria PNAS, que afirma ser essa política para quem dela necessitar, definindo claramente quem seriam seus usuários.

Está posto na PNAS que os usuários são:

(...) cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual, desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou no acesso à demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (PNAS, 2004:33)

Não é novidade a existência de critérios de seletividade na assistência social. Isso advém da relação econômico-social estabelecida na prestação de benefícios. O critério renda é adotado pelos programas, projetos e serviços da assistência social mesmo não sendo citado em nenhum momento pela PNAS, mas associa-se que as vulnerabilidades estão sempre relacionadas à insuficiência de renda. No BPC, um exemplo, fica estabelecido pela Loas que o requerente ao benefício não deve ter renda per capita superior a 1/4 do salário mínimo vigente.

Discutir critérios de seletividade nas políticas públicas só se torna possível diante do fato de serem as políticas não somente públicas, mas estatais, tornando possível o controle social por meio da participação efetiva da sociedade, pois “a universalidade no acesso aos programas e projetos sociais, abertos a todos os cidadãos, só é possível no âmbito do Estado, ainda que não dependam apenas do Estado” (IAMAMOTO, 2004:46).

A política de Assistência Social busca a efetivação dos direitos dos cidadãos e, para tanto, deve estar articulada com as demais políticas públicas. Além disso, o trabalho desenvolvido nos territórios é fundamental para estimular o processo de desenvolvimento da cidadania dos sujeitos sociais, já que a participação para a efetivação do controle social se dá a partir de um processo de desenvolvimento dos sujeitos e grupos, pelo sentimento de pertencimento e protagonismo. No entanto, pelo verificado na pesquisa, os profissionais da assistência são orientados, com base na NOB atual, para o trabalho em equipe com as famílias, sem que sejam efetivamente discutidas e planejadas as formas pelas quais esse trabalho deva acontecer. Assim, embora sejam recomendadas várias atividades articuladas, as condições para sua realização ainda são muito precárias e, como consequência, as ações são muitas vezes pontuais, descontínuas e descontextualizadas da realidade.

A rede socioassistencial deve trabalhar articuladamente, dividindo responsabilidades. É importante lembrar que uma rede é constituída por profissionais, ou seja, pessoas que se relacionam, inclusive pelas afinidades (Türck, 2002). Assim, ofertar serviços, projetos e benefícios continuados e articulados de proteção social envolve o conhecimento da realidade local, ou seja, a elaboração de diagnósticos que espelhem as demandas de cada região de cada município.

Assim, uma rede básica tem como princípios fundamentais a matricialidade sociofamiliar, a territorialização, a proteção pró-ativa, a integração a seguridade social, a integração às políticas sociais e econômicas (NOB/Suas 2010). Logo, a intersetorialidade torna-se fundamental para o desenvolvimento não só da assistência social, mas de outras políticas, já que a produção de seus trabalhos se complementam. Esse princípio também está relacionado à descentralização, reconhecendo os diferentes aspectos da realidade de cada região ou território e o trabalho em rede.

Com base na Tipificação Nacional dos Serviços SocioAssistenciais, o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) referencia fundamentalmente o Cras e preconiza que, além desse, deve se articular na consecução dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

A fim de tornar mais clara sua atuação para os gestores e atores da política foi elaborada a NOB Suas 2012, que estabelece critérios para os espaços físicos destinados aos Cras, as atribuições de cada profissional, a equipe mínima estabelecida, e sugere programas, serviços e projetos a serem desenvolvidos nesses equipamentos. Entre os programas desenvolvidos está o programa de Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Os serviços de proteção social básica devem ser articulados aos demais serviços da proteção social especial e das demais políticas públicas locais (PNAS, 2004:28).

A unidade de referência da proteção social básica é o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), que constitui a unidade pública, estatal e descentralizada, localizada nos territórios vulneráveis onde as famílias vivem e que é responsável pela organização, articulação e oferta de diversos serviços no âmbito da referida proteção. Os Cras se propõem a prevenir situações de vulnerabilidade e risco, realizam o acompanhamento familiar, busca ativa e encaminhamentos para outros serviços da rede socioassistencial e para outras políticas públicas.

A atuação em rede a partir do território, um dos princípios básicos do Suas, se dá por meio de levantamentos e estudos, produção de indicadores e diagnósticos georreferenciados. Esses estudos devem levar em conta os contingentes populacionais mais vulneráveis às condições de exclusão do acesso às políticas públicas, assim como a exposição às múltiplas expressões da questão social. Assim, a informação sobre esses dados da realidade do conjunto dos territórios torna-se indispensável, constituindo importantes subsídios à elaboração de políticas voltadas ao enfrentamento das desigualdades sociais.

Um dos desafios também colocados ao Suas é que este deve proporcionar condições objetivas para que a população usuária da Assistência

Social rompa com o estigma de desorganizada, despolitizada e disponível para manobras eleitorais, como comumente é apresentada à população que tradicionalmente aciona os atendimentos da política. O trabalho com os usuários deve partir da compreensão de que esse sujeito é portador de direitos e que esses direitos, para serem garantidos, exigem um movimento coletivo, de classe social e de suas frações e segmentos. Para trabalhar nessa perspectiva, é preciso construir novos parâmetros, devolvendo a esses sujeitos as condições políticas e sociais de pensar a sociedade e seu lugar nela, disputando a reversão do modelo hegemônico construído (AMARAL, 2009:98)

A gestão de políticas públicas depende do estabelecimento de parcerias entre o poder público e entidades da sociedade civil. Mesmo procurando parâmetros mais públicos para a gestão das políticas, tem-se ampliado a utilização de mecanismos como prestação indireta de serviços e a focalização e racionalização de gastos públicos na área social. Isso ficou claro nas respostas dos gestores em relação a questões referentes aos serviços.

A pesquisa demonstrou que as possibilidades da Política de Assistência Social desenvolver ações voltadas aos beneficiários do BPC podem estar mesmo nas parcerias com outras instituições. A escassez de recursos, principalmente humanos, destacados pelos gestores e profissionais do Cras; a identificação de políticas sociais que atendam às necessidades históricas geradas pelas desigualdades sociais, exigem que os governos municipais se envolvam, estejam mais atentos a estas demandas.

O Suas deve garantir a oferta de uma rede de unidades e serviços profissionais, básicos e especiais, com condições de recepção, escuta profissional qualificada, informação, referência, concessão de benefícios, aquisições materiais, sociais e socioeducativas (NOB/Suas, 2005:91). Para tanto, entre outros requisitos, é preciso garantir a expansão e qualificação das unidades e serviços, o que se encontra um pouco precário, de acordo com os respondentes. A segurança de rendimentos prevista no Suas é ofertada pela política de assistência por meio de programas de transferência de renda, benefícios eventuais e do Benefício de Prestação Continuada. Embora o BPC resulte em efeitos positivos na redução da pobreza e no aquecimento econômico, pode-se constatar que os recursos são insuficientes para garantir condições dignas de vida humana para além dos chamados mínimos sociais. A

provisão de mínimos sociais distancia-se da garantia dos direitos sociais, conquistados por meio de luta dos trabalhadores desde o século XIX e dos movimentos democráticos do século XX até os dias atuais, que representam o conjunto de direitos civilizatórios de uma sociedade e que permitem realizar as necessidades humanas básicas.

O sistema descentralizado e participativo do Suas se propôs a enfrentar a herança cultural assistencialista na concepção e gestão da Política de Assistência Social, tendo a família como unidade de atendimento. Os dados apresentados na pesquisa revelaram a complexidade da Política de Assistência Social brasileira estruturada em anos recentes. Contudo, também revelou avanços registrados no que se refere à situação social da população nos municípios estudados. Pode-se dizer que esses avanços, de certa forma, estão associados às políticas sociais atuais, que vêm exigindo um esforço maior da economia e da sociedade para financiamento de programas, ações e serviços.

Mais recentemente, as políticas sociais têm contado com a ampliação de recursos físicos, financeiros, humanos e institucionais, o que vem possibilitando a organização de uma variedade de mecanismos de proteção e promoção social importantes para o aumento da justiça social, apresentando melhorias nas condições básicas da população.

A política social, de acordo com o exposto no capítulo 1, é um fator importante do desenvolvimento, além de elemento de ampliação dos direitos e justiça social. Sabendo da expansão e mudança na estrutura institucional nos últimos anos, e do aumento de benefícios oferecidos, espera-se que esse fato tenha levado à alteração do quadro social brasileiro.

Assim, as considerações apresentadas apenas objetivam contribuir no aprofundamento da compreensão sobre elementos que norteiam o processo de materialização dos direitos socioassistenciais do Suas, procurando incentivar amplo debate sobre o tema em foco, subsidiando aos envolvidos na questão do acesso às políticas e benefícios assistenciais, vislumbrando novas perspectivas fundamentadoras de estudos nessa área.

Acredita-se este ser um campo importante para se continuar com futuras pesquisas, sugerindo estudos posteriores que envolvam não só os 21 municípios, mas todo o Estado do Rio de Janeiro.

## 6 REFERÊNCIAS

ALCHORNE, S.C.de A. Das Políticas Nacionais aos Planos Municipais: Avanço da Política Pública de Assistência Social em Metrôpoles – Estudo das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. **Tese** (doutorado). 232f. PUC/São Paulo, 2012.

AMARAL, A.A. **Assistência Social: História, Crítica e Avaliação**. Belo Horizonte. Ed. Iuris, 2009.

ANDERSEN, RM. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?** J Health Soc Behav 1995; 36:1-10

BAHLE, T.; PFEIFER, M.; WENDT, C. Social Assistance. Chapter 31. In: **The Oxford Handbook of the Welfare State**. Editado por Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, Christopher Pierson. Oxford University Press, 15/07/2010.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. 2a. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BENEVIDES, C.V. **Um Estado de Bem-Estar Social no Brasil?** 2011. 98 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Economia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BONETI, L.W. **Políticas públicas por dentro**. 3.ed., Ijuí, Ed. Unijuí, 2011.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V. 1). Brasília, DF, 2009.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e trabalho: paradoxos das políticas de previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília: Letras Livres, Ed.Universidade de Brasília, 2006.

BOSCHETTI, I. O Suas e a seguridade social. In: **Cadernos de Estudos - Desenvolvimento social em debate. Textos para V Conferência Nacional de Assistência Social.** Brasília, MDS, dez. 2005, 82 p.

BRASIL. CNAS. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.** Resolução CNAS nº 109 de 11/11/2009.

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

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília. **Diário Oficial da União**, 10 de julho de 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art.162 do Decreto nº3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**, 28 de setembro de 2007.

BRASIL. Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**, 15 de setembro de 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 25 de agosto de 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Brasília, **Diário Oficial da União**, 18 de novembro de 2011.

BRASIL. **Estatuto do idoso.** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. **Instrução Operacional Conjunta nº12/Senarc/SNAS/MDS.** Estabelece instruções para a inserção no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e de suas famílias. Brasília, 23 de fevereiro de 2012.



BRASIL. **Instrução Operacional Conjunta Senarc/SNAS/MDS nº 06 de 29 de outubro de 2010**. Estabelece instruções para a inserção, no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único), dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e de suas famílias.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília. **Diário Oficial da União**, 7 de julho de 2011.

BRASIL. Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts.21 e 24 da Lei nº8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual. Brasília, **Diário Oficial da União**, 1º de setembro de 2011.

BRASIL. Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União** de 12 de dezembro de 1974.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Norma Operacional Básica e Sistemática de Financiamento da Assistência Social**. Brasília, DF, 1997, mimeografado.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Assistência Social – NOB/2**. Brasília, DF, 1998, mimeografado.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, DF, 1998, mimeografado.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **[Net]**. Benefício de Prestação Continuada. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 10/07/12.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUAS) 2007**.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o Paif**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **[Net]**. Perguntas frequentes sobre o Benefício de Prestação Continuada. Disponível em <[http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/perguntas\\_respostas.htm](http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/perguntas_respostas.htm)>. Acesso em: Dez 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, Secretaria de Assistência Social. Brasília: MDS, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **[Net]**. Protocolo de Gestão Integrada: Qual o objetivo do Protocolo de Gestão Integrada no âmbito do Suas? MDS, 2014. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/vigilancia-social/protocolo-de-gestao-integrada/protocolo-de-gestao-integrada-institucional>>. Acesso em: Jun 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Plurianual 2012-2015**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Mais Brasil**. Dimensão tática: programas **temáticos**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mp\\_004\\_dimensao\\_tatico\\_sociais.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/mp_004_dimensao_tatico_sociais.pdf)>. Acesso em: Nov 2013.

BRASIL. Modelo de Avaliação Social de Pessoas com Deficiência para Acesso em: ao BPC-Loas. Seção Saúde do Trabalhador – Serviço Social – INSS.

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB-Suas**. Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 24 de maio de 2011. Conceitos e critérios das avaliações social e médico-pericial. Brasília. Publicado no DOU nº 100, de 26.5.2011 e republicado com correções, no DOU nº 110, de 9.6.2011.

BRASIL. Portaria Conjunta MDS/INSS nº1, de 29 de maio de 2009. Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, conforme estabelece o art. 16,§ 3º, do Decreto

nº6.214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto nº6.564, de 12 de setembro de 2008. Brasília. **Diário Oficial da União**, 02 de junho de 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial MDS/MPS nº 1, de 05 de maio de 2006. Dispõe sobre a descentralização de recursos do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social para as despesas de operacionalização e pagamento do BPC e da Renda Mensal Vitalícia a ser realizado pelo MPS por intermédio do INSS e da DATAPREV e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**, 08 de maio de 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2, de 2 de agosto de 2012. Institui o Programa de Promoção do Acesso em: das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Qualificação Profissional e ao Mundo do Trabalho – Programa BPC Trabalho. **Diário Oficial da União** - Seção 1. Brasília, 3 de agosto de 2012.

BRASIL. Portaria nº 44, de 19 de fevereiro de 2009. Estabelece instruções sobre Benefício de Prestação Continuada - BPC referentes a dispositivos da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/2005. **Diário Oficial da União** nº37, 25 de fevereiro de 2009.

BRASIL. **Portaria nº 706, de 17 de setembro de 2010.** Dispõe sobre o cadastramento dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e de suas famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. MDS. Gabinete da Ministra.

BRASIL. Resolução nº 33, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Conselho Nacional de Assistência Social. **Diário Oficial da União**. 3 de janeiro de 2013.

CAMPOS, E. B. Usuários da assistência social: entre a tutela e o protagonismo. In: **Assistência Social e filantropia: cenários contemporâneos**. São Paulo, Veras Editora, 2012, pp.245-270.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, J.A. de. Política social e desenvolvimento no Brasil. **Economia e sociedade**, v.21, número especial, p.1011-1042, dez.2012.

CASTRO. **Sistema de Proteção Social Brasileiro**: promovendo equidade e desenvolvimento. 30ª Reunião do pleno do CDES (Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social). Brasília, maio de 2009.

CNAS. Conselho Nacional de Assistência Social. IX Conferência Nacional de Assistência Social. Informe Nº 05/2013. Ementas Comentadas. Eixos da IX Conferência Nacional de Assistência Social. Brasília, maio, 2013.

COHN, A. ET AL. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1991.

COUTO, B.R. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira**: uma equação possível? 4.ed., São Paulo, Cortez, 2010.

COUTO, B.R ET AL. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B.R; RAICHELIS, R; YASBEK, M.C. **O Sistema Único de Assistência Social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2010.

COUTO, B.R. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da Assistência Social. Brasília, ENAP, 2007.

DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R.P. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise - vinte anos da Constituição Federal**. Ipea, n.17,v.1, ano 2008

DEZOTTI, D.F.; MARTA, T.N. Marcos Históricos da Seguridade Social. **Revista do Mestrado em Direito**, UCB, Brasília, v.5, n.2, p.430-459, jul./dez.2011.

DONABEDIAN, A. (2003). **Uma introdução à garantia de qualidade dos cuidados de saúde**. (1. ed., Vol. 1.). New York, NY: Oxford University Press.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

DRAIBE, S. O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. **Cadernos de Pesquisa (UNICAMP)**, n.32, 1998.

DRAIBE, S. As políticas sociais brasileiras: diagnóstico e perspectivas de políticas públicas. In: Ipea/Iplan. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. Brasília, 1990.

DRAIBE, S. O “Welfare State” no Brasil: características e perspectivas. In: **Anpocs. Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, Vértice e Anpocs, 1989, p. 13-61.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Revista Lua Nova**, n.24, 1991.

FALCÃO, M.C. A seguridade na travessia do estado assistencial brasileiro. In: SPOSATI, A.; FALCÃO, M.C.; TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Os direitos dos (desassistidos) sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

FALEIROS, V.P. **O que é política social**. 5.ed. São Paulo, Brasiliense, 1991 (Primeiros Passos)

FARIA, C.A.P. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar-Social. In: **BIB**, Rio de Janeiro, nº. 46 1998, p.39-71.

FONSECA, P.C.D. As Fontes do Pensamento de Vargas e seu desdobramento na sociedade brasileira. In: RIBEIRO, M.T.R. (Org.) **Intérpretes do Brasil: leitura crítica do pensamento social brasileiro**. Porto Alegre (RS), 2001, v.1, p.103-124.

FONSECA, T.M.A. A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico. In: **O Social em Questão**. Revista PUC-Rio, 2013. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_30\\_Fonseca\\_16.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Fonseca_16.pdf)>. Acesso em: Out 2013.

FONSECA, T.M.A. A incorporação da atenção à deficiência pela política de assistência social no município do Rio de Janeiro, **Tese** (Doutorado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

FONSECA, T.M.A. O processo de revisão do benefício de prestação continuada e a política de assistência social: Um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no Município do Rio de Janeiro. **Dissertação** (Mestrado) Universidade Federal Fluminense . Niterói, 2007.

FRENK, J. *Conceptand measurement of accessibility*. **Salud Publica**. Mex. 1985; 27: 438-453.

GÓIS, J.B.H. **Política Social**. Aula expositiva da disciplina obrigatória do curso de doutorado em política social. UFF, 2011. mimeo.

GOMES, A.L.; FREITAS, M.J.; SOUZA, M. F. O atendimento às pessoas com deficiência no contexto do Benefício de Prestação Continuada. In: **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Nº.3 (2006). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2006.

GOMES, A.L.G. Benefício de Prestação Continuada: direito da Assistência Social para pessoas idosas e com deficiência. **Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate**, Brasília, DF, n. 2, p. 60-64, dez. 2005.

GOMES, A.L.G. **Psicologia nos CRAS**. Entrevista em 08/11/10. Disponível em: <[http://crepop.pol.org.br/novo/98\\_confira-entrevista-com-a-secretaria-nacional-da-assistencia-social-ana-ligia-gomes](http://crepop.pol.org.br/novo/98_confira-entrevista-com-a-secretaria-nacional-da-assistencia-social-ana-ligia-gomes)>. Acesso em: Mar 2013.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2004.

IBGE. **Pesquisa de Informações básicas municipais**: perfil dos municípios brasileiros: assistência social, 2005. Rio de Janeiro. (MUNIC 2005).

IBGE. **Pesquisa de Informações básicas municipais**: perfil dos municípios brasileiros: assistência social, 2009. Rio de Janeiro. (MUNIC 2009).

IBRAHIM, Fábio Zambite. **Curso de Direito Previdenciário**. 16 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2011.

JACCOUD, L.B. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In: **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.

JACCOUD, L.B. **Pobres, pobreza e cidadania**: os desafios recentes da proteção social. Brasília: Ipea, 2008 (Texto para discussão, n.1372)

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

LAJÚS, M.L.de S. **Sistema Único de Assistência Social**: um difícil caminho rumo à conquista da cidadania. Porto Alegre, 2010. Tese (Doutorado). PUC/RS.

LOBATO, L.V.C. Assistência Social e construção de direitos: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada – BPC. **Relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro, jul.2013.

LOBATO, L.V.C; GÓIS, J.B.H.; SENNA, M.C.M.; REIS, M.F. Pesquisa de Avaliação do Benefício de Prestação Continuada. **II Relatório de Pesquisa**. Escola de Serviço Social. Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social. Núcleo de Avaliação de Políticas. Niterói/RJ.2005

LOBATO, L.V.C. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e utilização de serviços. **Tese** (doutorado) ENSP, 2000.

MEDEIROS, M.;BRITTO, T.; SOARES, F. **Programas focalizados de transferência de renda no Brasil**: contribuições para o debate. Brasília: Ipea, 2007, (texto para discussão, n.1283).

MEDEIROS, M. A trajetória do welfare state no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. **Texto para discussão**, n.852, IPEA, Brasília, dez. 2001.

MESTRINER, M.L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo, Cortez, 2001.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. [Net]. Disponível em: <[http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/RI\\_FORMATOS.php?formato=word&relatorio=2&p\\_programas=683,681,695,693,691,677,685,697,&idades=&estado=&area=0](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/RI_FORMATOS.php?formato=word&relatorio=2&p_programas=683,681,695,693,691,677,685,697,&idades=&estado=&area=0)>. Acesso Jan 2014.

MENDES, J.M.; WUNSCH, D.; COUTO, B.R. Proteção Social. In: CATTANI, A.D.; HOLZMANN (Orgs.) **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006, p.212-215.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOURA, M.A.G. Seguridade social no contexto neoliberal brasileiro.In: **Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira**. Ano VI, n.8, set./2013.

NEVES, Marília Nogueira. Rede de Atendimento Social: Uma Ação Possível? In: **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009 – Disponível em <<http://www.catolicaonline.com.br>> Acesso em: jul.2014.

NOZABIELLI, S.R. **Entre Permanências e Mudanças**: A gestão municipal da política de assistência social na região de Sorocaba (SP). **Tese** (Doutorado em Serviço Social). São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2008.

OFFE, C. Advanced capitalism and the welfare state. In: **Politics and Society**. V.4, p.479-488, 1972.

PEREIRA, P.A. Panorama do processo de regulamentação e operacionalização dos benefícios eventuais regidos pelas Loas. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 12, 2010.

PEREIRA, P.A. A assistência social no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas de uma política social relutante. In: **Cadernos do Núcleo de Seguridade Social e Assistência Social**. Assistência Social: polêmica e perspectivas. São Paulo: PUC, 1994, p. 91-98.

PEREIRA, P.A. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo, Cortez, 2008.

PEREIRA, P.A.. Panorama do processo de regulamentação e operacionalização dos benefícios eventuais regidos pelas Loas. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, Brasília, n. 12, 2010.

PESTANO, C.R.; REIS, C.N. A especificidade da Assistência Social: algumas notas reflexivas. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº 5, ano V, nov.2008.

PIANA, M.C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. <<http://books.scielo.org>>.

POLANY, K. **The great transformation**. Boston: Beacon Press, 2001.

QUIROGA, A. A construção da Assistência Social no Rio de Janeiro: Cenários da 1ª República. **Revista Praia Vermelha**, 18. 1º semestre, 2008.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2000.

RAICHELIS, RI. A implantação do SUAS e o fortalecimento do controle social. **Jornal CRESS- SP**, n.57, jan./mar. 2008.



REDES DE PROTEÇÃO SOCIAL. São Paulo. Associação Fazendo História: NECA – Associação dos Pesquisadores de núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010 (Coleção Abrigos em Movimento)

REIS, M.F. Benefício de Prestação Continuada: desafios e questões atuais. **Tese** (doutorado), 231f. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

REIS, P.R.C.; SILVEIRA, S.F.R. Estado de Bem-estar e seguridade social: 88 anos de políticas previdenciárias no Brasil. **VI ENAPEGS**. São Paulo, 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). Plano Estadual de Assistência Social do Estado do Rio de Janeiro (2011-2014). SEASDH, 2012.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). **Cadernos de Assistência Social**, n.2, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, M.F. **Direito Previdenciário Esquematizado**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.

SANTOS, W. Deficiência no plural: a perspectiva dos juízes federais. **Série Anis**, Brasília, n. 44, p. 1-8, jul. 2006.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça**: A política social na ordem brasileira, Rio de Janeiro, Ed.Campus, 1979

SENNA, M.C.M.; MONNERAT, G.L.. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. In: BEHRING, E.R.; ALMEIDA, M.H.T. de. (orgs). **Trabalho e seguridade social**: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008, p 193-213.

SOARES, J.C. **O serviço social nas operadoras de planos privados de assistência à saúde**: demanda, atribuições e respostas profissionais. Natal (RN). Dissertação (Mestrado). Serviço Social, UFRN, 2008.

SOCHACZEWSKI, J. **Política social para idosos no Brasil**: o Benefício de Prestação Continuada e a seguridade social / Jacques Sochaczewski. – 2013. 205 f. **Tese** (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2014.

SOUZA, M.M.C. A Transposição de Teorias sobre a Institucionalização do Welfare State para o Caso dos Países Subdesenvolvidos. **Texto para Discussão**, n. 695, IPEA, Rio de Janeiro, 1999.

SPICKER, P. **Social Policy**. Bristol: The Policy Press, 2008.

SPOSATI, A (org.). **Proteção social de cidadania**: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 2. Ed., São Paulo, Cortez, 2008.

SPOSATI, A. Contribuição para a construção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 78, ano XXIV, São Paulo Cortez, 2004.

SPOSATI, A. Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social, In: Assistência Social políticas e direitos. **Serviço social e Sociedade**, nº 77, 2004, p 54-62

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília, 2009.

SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n.116, p652-674, out./dez.2013

SPOSATI, A. O primeiro ano de sistema único de assistência social. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Ano XXV, n. 87. São Paulo, Cortez, 2006.

TAYT-SOHN, C.O.; FARIA, V.E. **Assistência social x clientelismo**: uma concepção de política no Estado do Rio de Janeiro. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas: Questão Social e Desenvolvimento no Século XX. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/1d7c3c726f1ad6b33edeCarolina%20Sohn\\_Vanessa%20Faria.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoC/1d7c3c726f1ad6b33edeCarolina%20Sohn_Vanessa%20Faria.pdf)>. Acesso em: Jan 2014.

TEIXEIRA, S.M.. Sistemas de proteção social pós-reformas: desmonte ou adaptação? **Sociedade em debate**. Pelotas, 18(2), jul./dez.2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de Acesso em: e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 Sup.2: S190-S198, 2004.

TÜRCK, M.G.M.G. **Rede Interna e Rede Social**: o desafio permanente na teia das relações sociais. 2. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002. 64 p.

VAZQUEZ, D.A. Modelos de classificação do welfare state: as tipologias de Titmuss e Esping-Andersen. In: **Pensamento e Realidade**. Ano X, n.21, PUC/São Paulo, 2007, p.42-59.

VIANA, A.L.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A.L.; ELIAS, P.; IBÁÑEZ, N. (orgs.) **Proteção Social**: dilemas e desafios. São Paulo, Hucitec, 2005, p.15-57.

VIANNA, M.L.T.W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan, 1988.

VICCARI, E.M.. **Assistência Social como direito universal**: entre concepção teórica e a provisão. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Porto Alegre, 2008.

WESCHENFELDER, L. O Benefício de Prestação continuada - BPC para pessoas com deficiência atendidas pelo CRAS I do município de Toledo/PR. Toledo(PR), Trabalho de Conclusão de Curso, 2011.

XAVIER, H.C.O. ET AL. **Suas**: desafios para sua efetivação. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1358/1297>>. Acesso em: Jun 2014.

YAZBEK, M.C. As ambiguidades da assistência social brasileira após dez anos de Loas. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 77, São Paulo, Cortez, mar.2004, p.11-29.

YAZBEK, M.C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. In: **Serviço Social e sociedade**, n.110, 2012, p.288-322

YAZBEK, M.C.; MESTRINER, M.L.; CHIACHIO, N.B.; RAICHELIS, R.; PAZ, R.; NERY, V. O Sistema Único de Assistência Social em São Paulo e Minas Gerais: desafios e perspectivas de uma realidade em movimento. In: **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo, Cortez, 2010.

ZIMMERMANN, C.R.,; ANDRADE, F.F. de. Sistemas de proteção social e o SUAS: análise de um sistema em construção. **Emancipação**. Ponta Grossa, 8(1):65-78, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: Jun 2014.

## **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 beneficiário
- 2  Tutor nato (pai ou mãe)
- 3  Tutor  PARENTE  NÃO PARENTE
- 4  Curador  PARENTE  NÃO PARENTE
- 5  Parentes consanguíneos, cônjuges e companheiros maiores

2.3. Tipo de benefício:

- 1  Idoso (pule para 3.1)
- 2  Pessoa com deficiência física
- 3  Pessoa com deficiência mental
- 4  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  Masculino
- 2  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

**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. Qual? \_\_\_\_\_  
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)**

**Total:** .....

**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, este serviço é:**

- 1  Excelente
- 2  Bom
- 3  Regular
- 4  Ruim
- 5  Péssimo
- 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 6.30**)
- 3  Não sabe (**pule para 6.30**)

**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 6.30**)
- 3  Não sabe (**pule para 6.30**)

**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 6.35**)
- 3  Não sabe (**pule para 6.35**)

**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 6.35**)
- 3  Não sabe (**pule para 6.35**)

**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. Qual? (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: | 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)**



**3.9. Considera que os serviços prestados para beneficiários do BPC no município são suficientes?**

- 1  Sim  
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  
3  Não sabe

**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

**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 dos usuários aos equipamentos da Assistência Social?**

- 1  Sim. Em que prazo? \_\_\_\_\_
- 2  Não
- 3  Não sabe

**3.22. Conhece o programa BPC na Escola?**

- 1  Sim
- 2  Não (**pule para 4.1**)

**3.23. A prefeitura já adotou esse programa?**

- 1  Sim



- 2  Não (pule para 4.1)  
3  Não sabe

**3.24. Sabe quantas crianças com deficiência beneficiárias do BPC em seu município estão fora da escola?**

- 1  Sim. Quantas?..... \_\_\_\_\_  
2  Não  
3  Não sabe

**3.25. 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

---

---

---

---

---

---

---

---

### 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**)





**3.9. 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

**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  Não sabe

**3.25. A prefeitura já adotou esse programa?**

- 1  Sim  
 2  Não (pule para 4.1)  
 3  Não sabe

**3.26. Existe plano da prefeitura para inserir essas crianças?**

- 1  Sim  
2  Não (**pule para 4.1**)  
3  Não sabe

**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

**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

**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

**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

**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**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





**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,

**Prof<sup>a</sup> 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

**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 conterá 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](mailto:fatimapj@gmail.com).

Caso concorde com os termos desta solicitação, pedimos que preencha o termo abaixo.

Agrademos 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**