

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS FRANCA

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
- um instrumento de inclusão social

Regina Célia de Souza Beretta

FRANCA

2005

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
FACULDADE DE HISTÓRIA, DIREITO E SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS FRANCA**

*BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
- um instrumento de inclusão social*

Regina Célia de Souza Beretta

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de História, Direito e Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Franca, para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Área de Concentração em Serviço Social: Trabalho e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Prática e Formação Profissional, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a *Lilia Christina Oliveira Martins*.

FRANCA

2005

Beretta, Regina Célia de Souza

Benefício de prestação continuada: um instrumento de inclusão social / Regina Célia de Souza Beretta. –Franca: UNESP, 2005

Dissertação – Mestrado – Serviço Social – Faculdade de História, Direito e Serviço Social – UNESP – Franca.

1. Serviço Social - Lei Orgânica (LOAS). 2. Políticas públicas e sociais – Araraquara (SP). 3. Direitos sociais - Inclusão social.

CDD – 361.61

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Pai poderoso e misericordioso, que com sua sabedoria nos indica os caminhos para que possamos ser seres humanos melhores...

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Lilia C. O. Martins, pela confiança, carinho, orientação e apoio recebido.

*À minha pequena família,
minha mãezinha Elza, meus filhos Pablo e Thays, meu netinho João Pedro,
pela compreensão da minha ausência,
pelo apoio e confiança na luta que travei.*

*Às minhas amigas e companheiras, as assistentes sociais
Silva Aparecida Soares do Prado e Maria Aparecida Camargo
que, com dedicação, me ajudaram a realizar a pesquisa de campo.*

*À Prefeitura do Município de Araraquara
que me dispensou das minhas obrigações, para que eu pudesse concretizar o meu sonho.*

Não há nada como um sonho para criar o futuro.

Victor Hugo

DEDICATÓRIA

*Para o Dr. Anselmo Gomes de Oliveira,
anjo da minha vida...*

*Deus me deu um anjo
que, após todo este tempo, ainda me surpreende
com seu carinho, sua sinceridade e, acima de tudo, com seu conhecimento.*

*Eu não sei muito,
mas tudo que sei são verdades
que você me mostrou, ou me ensinou a ver.*

*Hoje meu mundo é um lugar melhor por sua causa
e eu só consegui chegar até aqui
porque você confiou em mim e me amou...*

“Cada dia a natureza produz o suficiente para nossa carência. Se cada um tomasse o que lhe fosse necessário, não haveria pobreza no mundo e ninguém morreria de fome”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Este trabalho constitui em um estudo do primeiro mínimo social brasileiro, o Benefício de Prestação Continuada, assegurado pela Constituição Federal em 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social em 1993, entretanto as primeiras concessões ocorreram somente a partir de 1996. O BPC destina um salário mínimo mensal as pessoas portadoras de deficiências e idosos a partir de 65 anos, incapacitados para vida e para o trabalho, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida pela sua família, cuja renda per capita seja de até 1/4 do salário mínimo. A concessão do benefício é realizada após análise dos indicadores sociais de renda e idade para pessoas idosas e renda mais avaliação médica pericial do INSS, para as pessoas portadoras de deficiências. A principal característica do benefício é ser uma pensão mensal não contributiva, ou seja, não vinculada contribuição previdenciária, que deve ser revisada de dois em dois anos. As revisões foram iniciadas somente no ano de 2000, por meio de parcerias entre as três esferas de governo. A pesquisa analisou 8% dos benefícios revisados em Araraquara, por meio de entrevistas com beneficiários e gestores da política social. Elaborou-se minucioso estudo do programa através da sondagem das condições de vida dos beneficiários, necessidades, prioridades e impactos sociais resultantes do BPC, pós-concessão, além da investigação dos aspectos facilitadores e dificultadores de sua implantação e municipalização. O diagnóstico permitiu a ampliação da reflexão sobre o papel do Estado, a efetividade dos direitos sociais e dos caminhos para a inclusão social, além de aprofundar os conhecimentos na área de atuação, trazendo subsídios para a sistematização do programa, através do levantamento dos avanços e desafios enfrentados na implantação do programa no país. As principais conclusões da pesquisa esclarecem que é imprescindível e urgente a revisão dos critérios extremamente focalizadores para concessão do benefício, como o conceito de família e renda per capita exigidos. Embora o BPC tenha chegado tardiamente no Brasil, quando comparado a outros países da Europa, como Portugal e França, o programa representa importante instrumento de combate à miserabilidade e exclusão.

Palavras-chave: LOAS, direitos sociais e inclusão social.

ABSTRACT

This work constitutes the study of the first Brazilian social minimum, the Benefit of Continuous Payment, insured in 1988 by Federal Constitution and regulated in 1993 by the organic act of the Social Attendance. However the first concessions had occurred only from 1996. BPC destines a monthly minimum wage for people bearers of deficiencies and senior starting from 65 years, disabled for life and for the work, that prove not to possess means of providing the own maintenance or to have provided by your family, whose *per capt* income is smaller than $\frac{1}{4}$ of the minimum wage. The benefit's concessions are carried out after analysis of the social pointers of income and age for aged people and income more skillful medical evaluation of the National Insurance Institute, for incapacity peoples. The main characteristic of the benefit is to be a monthly pension no contributive, in other words, no linked to National Insurance contribution, which should be revised in the range of two years. The revisions had only been started in 2000 year by means of partnerships between the three government levels. In Araraquara-SP-Brazil, we have analyzed 8% of the revised benefits through interviews with beneficiaries and managers of social politics. Meticulous study of the program was elaborated through the survey of the conditions of the beneficiaries' life, needs, priorities and social impacts after BPC concession, besides the investigation of the difficults and facilities aspects of the federal and municipal implantation. The diagnosis allowed the magnifying of the reflection on the State role, the effectiveness of the social rights and the ways for the social inclusion. Moreover, it allowed deepening the knowledge in the performance area, bringing subsidies for the program systematization, through the survey of the advances and challenges faced in the implantation of the program in the country. The main conclusions of the research explain that it is extremely indispensable and urgent the revision of the director's criteria as the family concept and *per capt* income demanded. Although BPC has arrived late in Brazil when compared the other countries of Europe, like Portugal and France, the program represents important instrument for combat the poverty and social exclusion.

Keywords: LOAS, social rights, social inclusion

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - A construção da proteção social no Brasil	18
1.1. O (não) desenvolvimento do <i>Welfare State</i> no Brasil	18
1.2. Desafios da Assistência Social na ampliação da cidadania	25
1.3. Primeiro mínimo social: Benefício de Prestação Continuada	34
1.4. A identidade dos idosos e os portadores de deficiências brasileiros	50
CAPÍTULO II - O Cenário da questão social em Araraquara	60
2.1. Três séculos da história de Araraquara	60
2.2. Indicadores Sociais	62
2.3. Metamorfose Social	66
2.4. Rede de Proteção Social de Araraquara	71
CAPÍTULO III - Pesquisa social: o BPC. Um instrumento de inclusão social	78
3.1. Justificativa	80
3.2. Objetivos	82
3.3. Sujeitos da pesquisa	82
3.4. Problematização	82
3.5. Metodologia	83
3.6. Dados analisados	87
3.7. Procedimento Metodológico	90
3.8. Resultados	93
3.9. Considerações Finais	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	131
LISTA DE TABELAS	153
LISTA DE GRÁFICOS	154
LISTA DE ABREVIATURAS	155
RELAÇÃO DE GESTORES ENTREVISTADOS	157

INTRODUÇÃO

As ações assistencialistas sempre ocorreram no Brasil, desde do período colonial, como proteção e amparo social, prestadas, por exemplo, pelas Santas Casas de Misericórdia. Os problemas sociais eram vistos como disfunções ou culpa das pessoas, não da estrutura vigente. O Estado apoiava as iniciativas da Igreja e dos filantropos para “resolver” o que ameaçava a paz social: a pobreza e a miséria.

A Assistência Social propriamente dita foi sistematizada a partir de 1920, resultando de iniciativas de particulares e embasada no modelo europeu, com o respaldo da Igreja Católica. A Assistência no Brasil, no começo do século XX, não significou uma simples cópia européia, se considerarmos o momento histórico-conjuntural que o país vivia. Muitas transformações foram processadas no período de 1917 a 1921, desencadeando certo amadurecimento político, econômico e social, em decorrência do processo de acumulação capitalista, que intensificou o movimento da classe trabalhadora.

A luta pela vida, pela sobrevivência e pela liberdade motivavam os trabalhadores a progredir no processo de organização contra a exploração do trabalho. A Primeira República, por meio de repressão policial, procurava conter as manifestações, mas aos poucos, suas ações tornaram-se ineficazes. Então, como alternativa, o Estado lança mão de uma série de leis para controlar os conflitos: leis em caso de acidente de trabalho, em 1919; legislação para a velhice, invalidez e morte, em 1923; elaboração de um código de menores, em 1926; criação do sistema de caixas de aposentadoria para ferroviários, Lei Eloy Chaves para portuários e marítimos e para telégrafos, em 1928.

O ano de 1930 deu início à República Nova, que se intitulava defensora dos interesses da classe trabalhadora. A Igreja Católica e o Estado uniram-se para desmobilizar a luta de classes e diminuir as tensões por intermédio das entidades sociais. Dentre elas, destaca-se a criação do Centro de Estudo e Ação Social de São Paulo, de iniciativa das Cônegas de Santo Agostinho. Neste Centro realizou-se o primeiro Curso de Ação Social, ministrado por uma Assistente Social belga, para jovens católicas, marcando o primeiro passo da caminhada do Serviço Social e da Assistência Social no Brasil que, desde do início, coloca-se sob a aliança com a burguesia.

O Estado e a classe dominante procuravam neutralizar a política representativa, colocando a Assistência Social como instituição para garantir o controle social. Entre 1930 e 1940, os eventuais benefícios sociais concedidos à massa trabalhadora, como empréstimos, assistência social, médica e auxílio material, eram úteis e não revelavam as reais intenções do Estado e dos verdadeiros donos do capital.

Durante o governo Getúlio Vargas, o trabalhador continuou a ser esfolado, cerceado e explorado. Apesar dos espaços para a ação social, surgiram as instituições estatais.

Ao longo dos anos, até o Golpe de Estado em 1937, o Estado tornou-se cada vez mais autoritário, cerceando liberdades políticas e sociais, infiltrando-se nas raízes do sindicato, controlando a criação de organismos de representação de classe, disciplinando as relações de trabalho.

Nesse contexto histórico, a Assistência Social dá passos em direção à sua profissionalização, com a normatização da profissão, sem deixar de lado sua aliança subjacente com a classe dominante. Em 1936, surge a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, mas somente em 1954 a Assistência é legalizada como profissão.

No período entre 1937 e 1945, inicia-se o processo de desenvolvimento brasileiro, mas a Assistência tem caráter paternalista e de benemerência. É instituído o salário mínimo em 1940, e em 1943, é promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho. Na década de 1940, são criados órgãos importantes, como o Ministério da Educação e Saúde e a Legião Brasileira de Assistência.

Esse período é marcado pelo aumento da inflação e do custo de vida. Após a queda do governo de Getúlio, entre 1945 e 1964, é mantido o Estado populista que o caracterizou, que significava a intervenção do Estado na regulação do mercado. Dentro dessa concepção, o Estado tornou-se responsável pelos cidadãos, aumentando os investimentos na área social. Os problemas sociais e a questão social passam a ser enfrentados por meio das políticas de educação, saúde e previdência, habitação e barateamento dos produtos essenciais da cesta básica.

Se de um lado, os governos de Jânio Quadros e João Goulart, nos anos 1961 e 1964, não conseguiram dar conta dos problemas políticos e sociais criados a partir dos impasses do capital estrangeiro, de outro, a Assistência Social não se descaracterizou das ações emergenciais e paternalistas que sempre marcaram sua intervenção.

O Golpe Militar, em 1964, instalou no Brasil um regime burocrático-autoritário que marcaria para sempre o povo brasileiro, perdurando por 20 anos, até 1984. O governo cerceou direitos, inviabilizou a participação social, controlou política e economicamente empregados e trabalhadores, proibiu e perseguiu lideranças sociais e políticas. Criou o Sistema de Benefícios Sociais como forma de controle social, com significado de desmobilização.

Vários órgãos foram criados, como o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, o Programa de Participação Social – PIS, em 1970, o Sistema de Financeiro de Habitação, em 1973, o salário maternidade, em 1974 e a pensão para maiores de 70 anos e inválidos (Renda Mensal Vitalícia - RMV), entre outros organismos e ações. Os programas de Assistência são recriados sem a devida seriedade, atenção ou critério, mais uma vez com objetivos de acumulação de capital e de controle social.

A Assistência Social começa a acordar para os problemas reais da profissão, tomando consciência de que havia se tornado instrumento de manutenção da ordem e do poder. Inicia-se um movimento de ruptura com o processo de alienação em busca de uma identidade própria da profissão, denominado Movimento de Reconceituação. A leitura crítica da realidade tornou a profissão mais próxima do movimento dos trabalhadores, significando uma negativa da exploração do trabalhador e uma reformulação em termos técnicos e qualitativos. Muitas transformações de ordem econômica, política e social que aconteceram no Brasil a partir de 1970 e na primeira metade de 1980, com o aumento dos gastos públicos, a inflação, o arrocho salarial e a recessão econômica, conduziram o povo brasileiro aos movimentos sociais, realizando, entre outros feitos, a passagem do campo privado para o campo público da responsabilidade para suprir as necessidades sociais. A luta pelos serviços sociais, pela alimentação, pelo transporte, entre outras atenções, mostrou, com clareza, o quanto os salários não permitiam a provisão das necessidades sociais no mercado, exigindo respostas coletivas e institucionais às necessidades até então entendidas como individuais.

Entre as principais mudanças que ocorreram, destaca-se a globalização da economia a partir da década de 1970, fato que representou, por um lado, um significativo avanço nas formas de comunicação, no intercâmbio cultural, nas relações

de troca de produtos e mercadorias e, por outro, firmou a concentração do poder nas mãos de países de economia forte, como os Estados Unidos e o Japão, com condições de lucros satisfatórias, trazendo prejuízos para outros países. Para os trabalhadores, houve a perda das garantias dos direitos sociais por meio da desregulamentação da economia, das mudanças nas relações de trabalho, com novos tipos de contratação e comercialização, maior índice de produtividade, avanço tecnológico, automação, entre outros.

O ano de 1977 foi marcado pela criação do Ministério de Previdência e Assistência Social e do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, ocorrendo significativas mudanças na Lei Brasileira de Assistência - LBA, que se tornou responsável pela formulação e execução das políticas na área e pelo repasse de recursos financeiros.

Até o governo Figueiredo – 1980/1984 -, as políticas de Assistência Social foram marcadas pela centralização do Estado e pela desarticulação total das ações na área. Os programas eram independentes e autônomos, pois cada esfera de governo desenvolvia suas ações de forma estanque, com total irracionalidade no uso dos recursos públicos. De forma geral, houve um crescimento de programas sociais e um aumento da desigualdade social e do desemprego.

As entidades sociais sem fins lucrativos não escapavam desse modelo, embora desempenhem, até hoje, um importante papel na construção da história da Assistência Social no Brasil. Estabeleciam relações com o Estado, de maior ou menor importância política, para obtenção de convênios e recursos públicos.

A estrutura paternalista e assistencialista e a relação desorganizada entre o Estado e o setor privado resultaram em uma grande diversidade e descontinuidade de programas e em formas de atuação atreladas às questões políticas de mudanças de governo, com relativa ausência de planejamento.

Algumas instituições federais representaram um marco na área de Assistência Social, como a Fundação Legião Brasileira de Assistência Social - FLBA, criada em 1942, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, criada em 1964, o Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência – CBIA, criado em 1985. Esses organismos mantinham convênios com instituições públicas e privadas para execução de programas institucionais.

Ao longo do tempo, a Assistência Social esteve sob a égide de vários Ministérios e Secretarias Nacionais, com diferentes denominações, sempre atuando de forma clientelista e tuteladora, muitas vezes dividindo o comando e sobrepondo programas e projetos, enfraquecendo a ação governamental, pulverizando recursos, tornando o quadro complexo e desarticulado.

Em 1988 foi elaborada e aprovada a Constituição Federal, representando um marco na definição de Política Pública da Seguridade Social, de um novo papel para o Estado e para a sociedade civil organizada, como um direito de todos e dever do Estado. É um novo conceito de cidadania e justiça social, uma ferramenta ou mecanismo de proteção e de inclusão social.

O governo Collor de Mello, 1990/1992, iniciou o desmonte do Estado e o retrocesso das políticas sociais, com episódios marcados pela adoção de um Estado Neo-Liberal. Os rumos do país, a partir daí, indicam forte submissão de nossa economia às regras de mercado, marcadas por seu caráter neoliberal e colocando, em primeiro plano, o capital, deixando em segundo plano o social. Representou a privatização do Estado, a desregulamentação da economia, a redução de gastos públicos.

As transformações, no plano mundial, refletem e acentuam as desigualdades sociais e o desemprego na realidade brasileira. Essas situações vieram a se contrapor ao proposto na Constituição Federal Brasileira de outubro de 1988, quanto aos direitos sociais garantidos por meio da Política de Seguridade Social, previstos no artigo 194. A nova forma de organização da proteção social representada por “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à Assistência Social”, ficou esperando sua regulamentação.

Somente com o governo de Itamar Franco, entre os anos de 1992 e 1993, foi retomada e aprovada a LOAS. Inicia-se, a partir daí, o processo de mobilização e organização do país, no sentido de viabilizar a lei por meio da parceria com as entidades, a sociedade civil e o Estado, com uma série de encontros, conferências e debates para sua implementação.

Na Constituição Federal, a Seguridade Social é composta por um conjunto de três políticas sociais com características diferenciadas: a Saúde, que se orienta pelos princípios da universalidade, gratuidade, redistributividade e descentralização; a Política

Previdenciária, que se pauta pelos preceitos de gestão centralizada e pelos direitos contributivos e a Política de Assistência Social, pela garantia dos direitos mínimos sociais.

A Constituição articulou, de certa forma, emprego e capacidade aquisitiva de salários com políticas sociais provedoras das necessidades sociais. A Assistência Social foi regulamentada posteriormente, pela LOAS, promulgada em 7 de dezembro de 1993. Enquanto política compreendida como asseguradora de cobertura às vulnerabilidades sociais, sua atuação passou a ser de uma proposta preventiva, não-contributiva e não-compensatória, operando em benefícios contínuos, eventuais, bem como em serviços, programas e projetos. Enquanto política pública, apesar da sua regulamentação e normatização, a Assistência Social vem enfrentando barreiras para romper com a adoção de medidas paliativas e assistencialistas que, historicamente, foram-lhe atribuídas.

A Assistência como elemento constitutivo da seguridade reconhece a necessidade de descentralizar e municipalizar, mas no primeiro momento, não questiona e não discute as razões de manter a gestão descentralizada do Benefício de Prestação Continuada:

A política de assistência passa a ser um elemento constitutivo da seguridade, guiada pelos princípios da seletividade, gratuidade, redistributividade, gestão centralizada para os benefícios de prestação continuada e descentralizada para programas, projetos e serviços (FERREIRA, 1998).

A Assistência Social é, agora, um novo modelo na superação das ações paternalistas, paliativas e populistas, que busca possibilitar a universalização dos direitos sociais, assegurando ao usuário acesso às políticas básicas, tais como educação, cultura, saúde e habitação, entre outras. As ações e serviços devem estar voltados à igualdade de direitos no acesso ao atendimento, tornando a Assistência viável a todas as pessoas que dela precisarem, independente de privilégios, promovendo a equidade e a redução das desigualdades sociais. Significa reconhecer os direitos e necessidades de cada um, propiciando condições para o alcance de uma sociedade mais justa, por meio da distribuição mais equânime de bens econômicos e sociais, em que cada realidade é tratada de forma diferenciada em função de suas características e demandas.

Para SPOSATI (1997), a partir da Constituição de 1988, dois modelos se contrapuseram no campo institucional para a Assistência Social: o modelo tradicional/conservador, que opera a Assistência Social como prática compensatória, circunstancial e atribui ao Estado um papel complementar a partir do princípio de subsidiariedade, em contraponto ao novo modelo de cidadania inaugurado pela Constituição. Esse último afirma a Assistência Social como política de Seguridade Social, portanto, afiançadora de direitos sociais e dever do Estado. A autora acredita que o desafio principal resume-se em alcançar a proposta de uma nova Política de Assistência Social, combatendo a forma tradicional de gestão das práticas situadas nesse campo, colocando-a no patamar de uma política social que prevê a garantia dos mínimos sociais.

Atualmente, já se observa alguma mudança no sentido e um reordenamento institucional na direção da descentralização e democratização da Assistência Social, porém ainda insuficientes para elevá-la ao *status* de política social. O princípio da unidade de comando único, preestabelecido na LOAS, tem sido desrespeitado. Exemplos recentes são a criação da Comunidade Solidária, em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso e atualmente, o projeto Fome Zero, no governo de Luís Inácio Lula da Silva, verificando-se uma certa resistência em constituir a Assistência Social como Política de Seguridade Social. Para SPOSATI (1997), são indicativos dessa afirmação as ocorrências com as gestões divergentes, a fragilidade do caráter público da Assistência Social, a focalização de benefícios, o retardo em estabelecer mínimos de cidadania e a diluição da Política de Assistência Social como dever do Estado.

O Brasil é um país grande em extensão territorial e com grandes discrepâncias nas condições de vida. Encontra-se, desde de 1997, num momento difícil de crise na prestação de serviços públicos por parte do Estado, dada sua contínua reforma, apregoada pelo ex-Ministro da Desburocratização, ou Reforma do Estado, Bresser Pereira, ao considerar que o Estado deveria sofrer uma série extensa de reformas, de modo a garantir a reestruturação do capital como vetor do desenvolvimento econômico e social. A cidadania aconteceria em longo prazo e deveria haver co-responsabilidades na prestação de serviços públicos, abrindo margens e brechas para as privatizações. Resultante da transformação política e social, o que

aconteceu foi o aprofundamento da pobreza e da exclusão de milhares de trabalhadores do mercado de trabalho e do acesso aos bens e serviços da sociedade.

A possibilidade de resgate da cidadania, do combate à desigualdade e à pobreza aparece através da LOAS, ao colocar a Assistência Social como provedora de mínimos sociais, o que é inerente a uma legislação de Seguridade Social. A idéia de mínimos sociais traz, por exigência, a definição desses padrões, isto é, a definição do que se aceita por mínimos e do padrão com que esses devem ser assegurados. A Constituição, ao apresentar um conjunto de direitos sociais, reforçou a idéia da Seguridade Social, garantindo a todo cidadão, independente de sua situação, a possibilidade de acesso a serviços, programas e benefícios na área de Saúde, Previdência e Assistência Social.

Se o conceito de cidadania se resumir a uma visão reducionista dos mínimos sociais, manter-se-à a Assistência Social como uma prática compensatória e assistencial. O esforço deve ser dirigido para a universalidade do direito, assegurando um padrão de seguridade e proteção social no qual o beneficiário, favorecido ou assistido, passa a assumir a condição de usuário de uma política. Após a Constituição Federal de 1988, iniciou-se um novo padrão de gestão da Assistência Social, porém, deve-se manter seu contínuo avanço buscando prever outros benefícios, programas, projetos e serviços básicos que favoreçam a inclusão real dos usuários.

Durante os anos do governo Fernando Henrique Cardoso, tanto em seu primeiro mandato, 1993/1996, como no segundo, 1997/2000, a Assistência Social teve *status* de Secretaria de Governo, com a denominação de Secretaria Nacional de Assistência Social, vinculada ao Ministério da Previdência Social. Dois marcos fundamentais ocorreram na história da Assistência Social no Brasil: primeiro, a implantação do Benefício de Prestação Continuada –BPC, a partir de 1996, cumprindo a determinação da LOAS, com recursos do Fundo Nacional da Assistência Social; o segundo revelou-se na posterior municipalização, a partir de outubro de 2000, ao final do segundo mandato do governo de FHC.

O Benefício de Prestação Continuada, previsto na LOAS desde 1993, apesar do atraso de sua implantação e implementação, representou o primeiro passo na tentativa de resgatar a cidadania dos portadores de deficiência e dos idosos sem renda, excluídos do acesso aos bens e serviços públicos. Previsto também na Constituição, por

meio da garantia da universalidade do direito, foi alterado pela Lei 9.720, que deu nova redação ao artigo 38 da LOAS, fixando de 70 anos para 67 anos a concessão do benefício, a partir de 1º de janeiro de 1998. Com a nova legislação, conquistada recentemente, em discussão desde 1997, Lei 10.471, Estatuto do Idoso, aprovada em 1º de outubro de 2003, a idade para o pagamento do benefício passa a ser de 65 anos.

Os marcos históricos até aqui abordados resultaram em alguns avanços na Política de Assistência Social, deixando ainda em aberto muitos desafios e obstáculos a serem vislumbrados e superados na construção de políticas sociais de inclusão mais efetivas.

CAPÍTULO I

A CONSTRUÇÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL

1.1. O (não) desenvolvimento do *Welfare State* no Brasil

A proposta aqui é discutir, de forma resumida, os aspectos do desenvolvimento e do surgimento do *Welfare State*¹ na América do Norte e na Europa Ocidental, elementos importantes nas sociedades ocidentais industrializadas, que remontam ao início do capitalismo e influenciaram diretamente a realidade do *Welfare State* Brasileiro, estabelecendo relações de suma importância na política e na economia. O objetivo é pensar o desenvolvimento da nossa sociedade a partir de algumas formulações teóricas.

Há a uma ampla bibliografia sobre o assunto, uma diversidade de autores e formas de pensamentos e de concepções que, geralmente, são influenciados por diferentes tipos de ideologia. Embora possa haver consenso em alguns aspectos, é muito difícil elaborar uma definição precisa e aceita por todos sobre o *Welfare State*.

As diferentes correntes do pensamento decorrem, muitas vezes, do estágio de industrialização e modernização econômica, da cultura, da mobilização dos trabalhadores, das capacidades de gerenciar os conflitos resultantes da relação capital e trabalho nos países capitalistas em que o *Welfare State* se desenvolveu.

A expansão da produção nas sociedades capitalistas teve como contrapartida o desenvolvimento de sistemas de proteção social fortemente estatizados, com a acumulação do capital a partir dos anos 1930. Para LOGUE (1979), houve uma redefinição do papel do Estado, no sentido de corrigir os efeitos da desigualdade de renda entre aqueles que estão no mercado e aqueles que estão fora dele.

Entre as principais idéias do surgimento do *Welfare State*, destacam-se, como ponto de consenso, o aumento dos excedentes econômicos gerados pelo sistema capitalista, capazes de atender às demandas sociais, as idéias de Keynes² como base teórica do *Welfare State* e a centralização do Estado depois da Segunda Guerra Mundial.

Após a Segunda Grande Guerra, o contexto político-ideológico que norteou o Estado de Bem-Estar Social na Europa Ocidental desenvolveu-se a partir do plano elaborado por Sir William Beveridge, na Inglaterra, considerado um marco que se

¹ *Welfare State* - Estado de Bem-Estar Social.

propagou por diversos países entre os anos 1940 e 1950. Com diferentes enfoques e natureza, as mudanças ocorridas com o desenvolvimento do capitalismo criaram novas bases econômicas, políticas e ideológicas na redefinição do papel do Estado para o provimento do bem-estar público. As mudanças e o clima de mobilização da época desencadearam um novo pacto social. Posteriormente, surge o termo Seguridade Social, dentro de uma concepção ampliada, alargando a proteção social a partir das décadas de 1950 e 1960, entendido como mecanismo compensatório de necessidades não-associadas às relações salariais.

A fim de realizar uma breve revisão de algumas abordagens e teorias na sistematização do *Welfare State*, foi escolhido um dos autores pioneiros nesse estudo, MISHRA (1981), que classifica o Estado de Bem-Estar em perspectivas teóricas:

a) A teoria da cidadania, representada por MARSHALL (1967), que analisou o desenvolvimento da cidadania moderna progressiva por meio de três componentes: os direitos civis, políticos e sociais, tais como se verificam na Inglaterra, por três séculos, por meio de um processo incrementado linear e evolucionariamente. Alguns pesquisadores procuraram universalizar essas características, porém elas não são aplicáveis em todos os países, dado o desenvolvimento histórico peculiar de cada um. MISHRA e outros autores, porém, realizam uma crítica a essa teoria, que presta uma atenção excessiva aos programas sociais e desproblematiza o surgimento de instâncias de igualdades em uma sociedade desigual, como a sociedade inglesa;

b) A teoria da convergência, ou lógica da industrialização, defende a idéia de que o Estado deve garantir um padrão mínimo de vida para suprir deficiências de outras instituições. Os países industrializados buscaram minimizar os efeitos e a exclusão de certos grupos adotando políticas sociais baseadas na crença do papel redistributivo do Estado; tais problemas se harmonizam com o crescimento econômico;

c) A teoria do funcionalismo acredita que o Estado deveria atuar em benefício do capital, defende a adoção de programas sociais para que possa contribuir no alcance da paz social ao aprimorar as aptidões dos trabalhadores, possibilitando a todos eles um certo bem-estar. Essa corrente, assim como a marxista, considera que as políticas sociais são úteis ao capitalismo e funcionais, pois minimizam os efeitos e atritos da acumulação do capital e da concentração de renda;

² Keynes, John. Economista inglês que acreditava no pleno emprego. Suas idéias foram disseminadas por

d) O estudo sistemático dos problemas sociais e de soluções localizadas:

Richard Titmuss, segundo ALMEIDA (2002), afirmou que os programas sociais têm suas origens na complexidade da divisão social e no surgimento da especialização, que tornou os trabalhadores dependentes da sociedade. Essa corrente recebeu algumas críticas porque concentrou seus estudos em ações empíricas, pragmáticas e reformistas para aliviar as seqüelas sociais, o que não produz teoria, pois analisa políticas sociais isoladas.

e) A abordagem marxista defende a idéia de que existe um conflito político na

sociedade moderna capitalista. As políticas sociais surgem, muitas vezes, como instrumento de controle da massa de trabalhadores que reivindica melhores condições de vida, através da organização sindical, para minimizar os impactos do modelo de desenvolvimento.

A compreensão das circunstâncias em que o *Welfare State* se desenvolveu possibilita o entendimento de como as sociedades modernas o concretizaram. Em decorrência das influências européias, o *Welfare State* Brasileiro surge com o objetivo de regular aspectos relativos à organização dos trabalhadores assalariados.

Entre tantas abordagens para justificar o surgimento do Estado de Bem-Estar, foi escolhida aquela que mais representa o nosso pensamento sobre o assunto: a abordagem marxista. O *Welfare State* é o resultado de um acordo entre o capital e o trabalho, organizado dentro do capitalismo, considerando, como importante, a luta de classes e os seus conflitos. Segundo ESPING-ANDERSEN (1991), na constituição e no desenvolvimento do *Welfare State*, o resultado é a luta por políticas sociais, a coalizão de classes. O poder político de barganha de algumas classes se diferencia de outras. Após uma análise de suas conseqüências, prevê mudanças desse tipo de Estado Social, que parece estar em processo de desaparecimento. Há algum tempo o Estado de Bem-Estar tem mudado seu perfil porque essa coesão de classes vem sendo quebrada.

ESPING-ANDERSEN desenvolve seu objeto reconceituando o *Welfare State*, estabelecendo tipos de regimes de acordo com o novo conceito, analisando as causas de seu surgimento em cada regime. O autor confere, ao Estado de Bem-Estar Social, relações íntimas com o conceito de cidadania e propõe uma definição mínima, que envolve a liberdade dos cidadãos sem perda da capacidade de trabalho, rendimentos ou

benefícios sociais. Seu funcionamento implica em um alto grau de desmercadorização das pessoas. O Estado de Bem-Estar Social deve encontrar formas de interação entre cidadania e classe social. Por ser um mecanismo que intervém e talvez corrija a estrutura de desigualdade, ele é, em si mesmo, um sistema de estratificação. Essa teoria apresenta três tipos de *Welfare State*: liberal, conservador e social-democrata.

O regime liberal caracteriza-se pela assistência aos pobres; por modestos planos de previdência ou transferências que atingem uma clientela de baixa renda, trabalhadora ou dependente do Estado, tal como ocorreu nos EUA, Canadá e Austrália.

O regime conservador, cujo corporativismo estatal, ao longo da história, foi ampliado para atender à nova estrutura de classes pós-industrial, preserva as diferenças e o *status*. Os direitos estavam ligados à classe e ao *status*, como o que se verificou na Áustria, França, Alemanha e Itália.

O regime social democrata organiza-se segundo os princípios de universalidade, com a desmercadorização dos direitos sociais que se estenderam às classes médias. Ele busca melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas. Alguns fatores são determinantes para classificar o *Welfare State*, como a natureza da mobilização de classe, as estruturas de coalizão de classes sociais e o legado histórico.

Alguns autores consideram que o Brasil nunca viveu uma experiência plena de *Welfare State* pelo fato de que, no período colonial, o Estado sempre representou os interesses da nobreza: como quase não havia homens livres, por conta da escravidão, não havia pressões para ampliação de direitos e garantias. Ainda no Império e na República, o Estado continua a defender os interesses dos latifundiários, além dos interesses estrangeiros ou ingleses. Houve a absorção da mão-de-obra escrava, depois livre, bem como a mão-de-obra do migrante e qualquer manifestação ou revolta eram duramente reprimidas. Anos mais tarde, apesar da contínua repressão no governo de Getúlio, o Estado promoveu uma verdadeira conciliação de classes, criando estruturas corporativistas em favor da burguesia. Os trabalhadores foram organizados por categorias profissionais e começaram a se rebelar contra o sistema entre os anos 1950 e 1960.

É preciso estudar os períodos que marcaram o desenvolvimento do *Welfare State*, as mudanças econômicas e sociais de 1930 a 1964 e as ocorridas entre 1980 e 1990, marcadas pelo caráter populista, produtivista e compensatório, para oportunizar

condições e a ampliação da visão das políticas sociais; assim como é preciso investigar se o atual modelo será capaz de garantir condições de cidadania, promover a equidade e a redução das desigualdades sociais.

Os pactos estabilizadores dos sistemas avançados de *Welfare States* não se desenvolveram no Brasil como em outros países da Europa. Brota uma certa metáfora da americanização como chave para o entendimento dos processos que, desde meados dos anos 1960, marcaram a expansão das políticas sociais brasileiras.

As correlações com o sistema americano tiveram origem na modernização econômica, levada a cabo pelo regime autoritário implantado em 1964, criando interesses, ao mesmo tempo, que impediam ou fragmentavam suas vias de expressão à ditadura. Mudou a relação tradicional entre o Estado e a sociedade. Paralelamente, incentivando a expansão capitalista de sistemas de saúde privados, recrutou para o universo lucrativo setores da proteção social, antes residual, marcada pela assistência médica, por exemplo, e estendeu oportunidades, não necessariamente supridas, de inclusão a milhares de marginalizados. Os segmentos emergentes, subalternos e médios sobrecarregaram a demanda por serviços e benefícios previdenciários.

O sistema previdenciário brasileiro foi montado durante o Estado Novo, em moldes próximos àqueles instituídos na Alemanha de Bismarck nos anos 1880, embora tenha sido reformado, à moda inglesa, pela Constituição de 88, no espírito universalista da *social security*, vindo a americanizar-se a passos largos. O desenho impresso no sistema de proteção social no Brasil é universalista em sua concepção, mas substancialmente seletivo. O Estado de Bem-Estar não pode significar mera adoção de políticas sociais, deve objetivar melhores condições de vida para a população, de emprego, de salários e de controle macro-econômico. O conceito de Estado de Bem-Estar deve ser de um Estado ampliado para a cidadania.

No Brasil, desde meados da década de 1990, discute-se com bastante veemência a questão da proteção social; não sem razão, pois cálculos tidos como otimistas identificam, hoje, cerca de 30 milhões de pessoas vivendo em condições miseráveis. Seguridade tornou-se uma palavra-chave nesse contexto, incorporando-se ao vocabulário nacional.

HOBBS, no século XVII, já dizia “que palavras somente não garantem os pactos que possibilitam aos homens, estes seres individualistas e competitivos, conviverem em harmonia”.

A Seguridade constitui-se exatamente em um pacto pelo qual os desiguais habitantes de um país reconhecem, na cidadania, uma medida de igualdade não apenas formal, mas substantiva, que a todos capacita para o gozo do patrimônio comum para uma vida digna e civilizada. O Estado Moderno, por seu caráter de arena pública, vale dizer, referência de todos os membros da comunidade política, é a espada que protege este pacto, o guardião dos direitos coletivos.

Atualmente, a credibilidade do *Welfare State* vem sofrendo constantes abalos. A crise atual atinge as políticas sociais, culpando-as, simultaneamente, por omissão diante do aparecimento de novos focos de pobreza e pelos aumentos da inflação e do *déficit* público. Pode ser o esgotamento de um modelo de Estado, aquele interventor e regulatório que presidiu a reativação do capitalismo no século XX; é uma crise que subverte os mecanismos de funcionamento do aparelho estatal e não sua dimensão pública. Na Europa, os cidadãos continuam sendo cidadãos, a despeito de alguns mais pauperizados com a privatização dos serviços telefônicos e de maior seletividade no acesso aos hospitais públicos.

A Constituição Brasileira, progressista e democrática, incluiu a terminologia da Seguridade Social. Não logrou, contudo, dar conteúdo à sua dimensão simbólica e muito menos fazer vigir a solidariedade que lhe é inerente: segundo VIANNA (1998), ficou o dito pelo não dito.

Algumas propostas avançadas precederam e acompanharam os debates em torno da reforma do Sistema de Proteção Social Brasileiro. A universalização dos serviços de saúde, na prática, resultou na redução do sistema público a um atendimento para os pobres e, porque ruim, induziu os assalariados de poder aquisitivo estável a aderir aos seguros privados ou semiprivados. Muitos fatores concorrem para que, no Brasil, o bem-estar e a Seguridade Social não passem de palavras. Podemos citar a concepção ampliada de proteção institucional.

Privatização e seletividade caracterizaram a polêmica que agita os sistemas de bem-estar no fim do século XX. Na versão neoliberal, só existe solução de mercado: privatização confunde-se com lucro e seletividade com assistencialismo. Um sistema de

seguridade mercantilizado aprofundou as desigualdades e penalizou os mais pobres. A assistência requerida aos excluídos, que são muitos, tornou-se muito cara para os cofres públicos.

Basicamente, o que se quer evidenciar em termos de elementos políticos gerais que condicionam o *Welfare State*, é uma situação na qual o neocorporativismo é entendido como um modelo de elaboração de políticas. Esse foi o cenário no qual se organizou a seguridade no Brasil. A natureza do Estado Brasileiro, o particularismo, a característica de esfera privatizada, pouco pública, a fraqueza dos partidos políticos, o freqüente desvirtuamento das funções legislativa e judiciária, o perfil do mercado de trabalho tornaram o Brasil heterogêneo, segmentado e excludente.

As provisões públicas ficam para os pobres que, geralmente, têm baixa capacidade de expressar o desagrado com a negligência que os prejudica; o mercado encarrega-se da oferta de proteção, a preço e qualidade variáveis, de acordo com o bolso do cliente, aos que dispõem de alguma renda para comprá-la.

O lobismo, um formato de articulação de interesses que acentua as divisões sociais e favorece os poderosos em um país de imensas desigualdades entre as classes e recorrentes privilégios, como no Brasil, com sua prevalência, reitera a exclusão.

É inegável a necessidade de um eficiente sistema público de Seguridade Social, porém, há de se alterar a estratégias para consolidá-lo. Pensar mecanismos de proteção social não estigmatizadores, ou seja, construir um *Welfare State* na época atual, constitui um empreendimento complexo. Fazê-lo em um país onde a privatização se estende tão rápida quanto desordenadamente e o particularismo dos interesses vem atropelando, em ritmo acelerado, o tradicional corporativismo de Estado, é um árduo desafio.

O presente capítulo não pretendeu dar conta de todos os vieses do *Welfare State* no Brasil, mas discutir elementos políticos gerais que o sustentam, para mostrar que a ausência de determinados fatores não propicia a emergência de sistemas redistributivos de política social.

Foi necessário levantarmos aspectos da história que construiu a seguridade e a proteção social no Brasil e ainda, o papel da Assistência Social nesse contexto, para estudarmos o *Benefício de Prestação Continuada* avaliando eixos de sentido mais

amplos e não-fragmentados, que possibilitem iniciar a trajetória de uma visão mais dialética da realidade.

1.2. Desafios da Assistência Social na ampliação da cidadania

Na tentativa de ampliar a visão das transformações ocorridas no Brasil antes da adoção da Carta Magna, embasada em ideais universalizantes e compreender as dificuldades enfrentadas para sua efetivação, foi preciso rever como o país enfrentou, ao longo dos anos, as questões relativas ao combate à pobreza e o formato das políticas sociais. O ponto comum das economias capitalistas na concepção de pobreza foi a busca pelo desenvolvimento social e pelo enfrentamento do *déficit* de acesso a bens e serviços sociais básicos, aqui caracterizados como mercadoria. A partir de 1980, o desenvolvimento social passou a ser entendido como promoção de políticas e programas de alívio à pobreza.

Surgiram, por toda a América Latina, programas compensatórios para os grupos socialmente vulneráveis, porém não-caracterizados como políticas sociais de combate às desigualdades. Durante anos, as políticas sociais no Brasil caracterizaram-se pela centralização decisória e financeira na esfera federal, transformando os municípios e estados em meros executores. A fragmentação institucional, com a sobreposição de agências, comprometeu a eficiência das políticas sociais.

O contexto social brasileiro delineou-se a partir da Reforma do Estado, desencadeando implicações para as políticas sociais direcionadas a milhões de brasileiros. Nessa perspectiva, diante da crise fiscal, o Estado deveria sofrer uma série de reformas de modo a garantir a reestruturação do capital como vetor do desenvolvimento econômico e social. Acreditava-se que a crise fiscal era decorrente da crise do setor econômico.

A reforma do Estado desencadeou a perda da garantia dos direitos sociais, a desregulamentação da economia, mudanças nas relações de trabalho, novos tipos de contratação e comercialização, maior produtividade, avanço tecnológico, automação etc. Na medida em que o Estado ausentou-se do social, ampliou sua participação no setor econômico por meio de altos investimentos.

Nos anos 1970, ficou evidente que esses investimentos no setor econômico não garantiam o desenvolvimento social. Ao contrário, aumentavam as desigualdades, pois não havia crescimento econômico.

As políticas sociais no Brasil, até a promulgação da Constituição Federal, constituíram-se em um aparato institucional que representou uma somatória desarticulada de ações voltadas aos programas sociais. Cada uma delas, responsável por políticas setoriais segmentadas, acabou promovendo a sobreposição de clientelas, de competências, pulverização e superposição de recursos, de coalizão de programas centralizados pelo governo federal.

Essas políticas sociais acabaram por reproduzir as desigualdades sociais pela ineficiência de seus programas, pela injustiça gerada, deixando à margem a população excluída dos bens e serviços públicos. A partir de 1980, em função do contexto sócio-político, surgiu a proposta de municipalização das políticas públicas, quando o *déficit* público do país chegava a patamares insustentáveis, aparecendo, como alternativa, a transferência de responsabilidades para aos Estados e municípios, sob o discurso de partilha de responsabilidades e abertura de canais de participação.

Posteriormente, a partir de 1990, o tema da desigualdade amplia-se um pouco mais, agora não apenas para o âmbito do desenvolvimento social, mas para o desenvolvimento humano. Esse foi um marco importante dentro da temática da descentralização, atribuindo ao poder local a construção de uma nova ordem democrática.

As prerrogativas da Constituição Federal de 1988 e a normatização das ações sociais, a partir de 1993, com a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social, redesenharam o sistema de proteção social brasileiro no que se refere à descentralização política e administrativa das políticas sociais, iniciando uma grande discussão acerca da atuação e da natureza do Estado e dos caminhos para a efetivação das propostas de municipalização, bem como a discussão da transferência de competências, funções, responsabilidades e a destinação de recursos federais e estaduais para as esferas municipais de governo.

A LOAS, promulgada em 7 de dezembro de 1993, inaugurou a Assistência Social como política pública, dever do Estado e direito do cidadão. A Assistência Social passou a compor o tripé da Seguridade Social, ao lado de políticas como a da Saúde e a

da Previdência Social. A legislação propôs um reordenamento das ações e programas em nível federal, estadual e municipal. Se, de um lado, o processo representou um avanço, fruto das pressões dos movimentos sociais e das lutas da categoria dos assistentes sociais, de outro, há ainda muitos obstáculos a serem superados para que a Assistência Social atinja o patamar de política universalista. Vivemos, neste período, os problemas característicos de um processo de mudanças que ainda representam um cenário de desafios e dificuldades a superar.

Entre os países capitalistas, muitos buscaram, por meios de mecanismos de distribuição de renda, proteger doentes inválidos, desempregados e pobres como instrumento de proteção social e fator de justiça. Os sistemas de proteção social, muitas vezes, podem reduzir as disparidades de renda em função das necessidades e os efeitos da globalização, que vêm acompanhados do aumento da desigualdade e da insegurança. Na economia mundial, a concorrência e a corrida em busca de lucros cada vez maiores provocam sofrimentos como o desemprego, a redução de salários e o aumento da pobreza para grandes faixas da população.

A proteção social consiste em auxílio e benefícios concedidos conforme critérios definidos, que minimizam esse quadro. Na Alemanha e na Inglaterra (BEVERIDGE, 1942), berços dos sistemas de proteção social, significou justiça na base de garantias sociais. O Estado deve proteger e respeitar os direitos fundamentais de cada cidadão através do Estado Mínimo. O princípio de justiça de KOLACINSKI (2001), apud, SPOSATI (2004), é: “justiça social quer dizer promover e garantir o conjunto dos direitos do homem e sua indivisibilidade”.

A proteção social aparece como um pilar de justiça, fazendo parte dos direitos econômicos, sociais, culturais, políticos e civis para uma vida digna. Esses direitos estão inscritos no inconsciente dos homens como forma de justiça social e apóiam-se na idéia de que a universalidade não deve ser considerada um privilégio e sim objetivo de toda a sociedade.

O progresso econômico só tem sentido com o desenvolvimento humano, que se dá através da construção da proteção social como forma de inclusão.

Segundo a Comissão Européia, a inclusão depende do nível de inserção de pessoas no mercado de trabalho e na sociedade. Sua eficácia na luta contra a pobreza e a exclusão depende diretamente da forma de articulação com outros benefícios sociais.

A adoção de sistemas de proteção social é um passo fundamental na garantia dos mínimos sociais, mas insuficiente se não houver a desmercantilização. Para PAUGAM (1999), os mecanismos de proteção social, sob a lógica do mercado, podem ser identificados como a lógica da necessidade e a lógica do estatuto. A lógica da necessidade visa a garantia da sobrevivência dos setores menos favorecidos através de um apoio assistencial que cubra as necessidades mais elementares, como alimentação e alojamento. A lógica do estatuto baseia-se em apoios sociais, na idéia de justiça e dever da sociedade face aos cuidados de um estatuto que não altere a hierarquia dos estatutos estabelecidos.

Devemos ter muito cuidado na elaboração de políticas protetoras, pois corremos o risco de estabelecer benefícios insuficientes às necessidades de sobrevivência da população excluída e continuar contribuindo para a manutenção do *status quo*.

A garantia de um salário mínimo na Constituição representa a quantia indispensável para a obtenção dos mínimos sociais. Os fatores de restrição do direito não podem ser do tipo que excluam os necessitados, no lugar de incluí-los. Apesar da Constituição ter perseguido os ideais de justiça, igualdade, dignidade, ainda está se iniciando o processo de maturação para uma sociedade mais equitativa.

No momento, no campo da Assistência, o que se tem de efetivo é somente o BPC e nada mais, faltam regulamentação e recursos. Por meio da LOAS, não podemos deixar fazer letra morta a dignidade da pessoa humana, fundamentada no Estado Democrático de Direito.

O Brasil, ao estabelecer seus princípios como um país democrático, de direito fundamentado pela soberania, cidadania e dignidade da pessoa humana, tendo como objetivo construir uma sociedade livre, justa e solidária, deve trabalhar para as garantias dos preceitos constitucionais garantindo o desenvolvimento nacional e a erradicação da pobreza e da marginalização, reduzir as desigualdades e promover o Bem-Estar de todos, o combate aos preconceitos e às formas de discriminação, que são objetivos propostos na Constituição.

Deve trabalhar na erradicação da pobreza e na redução das desigualdades sociais valorizando os direitos sociais inscritos no artigo 6º, de igualdade em educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência, proteção à maternidade, à infância, à Assistência Social e aos desamparados.

Qualquer legislação que contrarie esses princípios, é inconstitucional. A seguridade, por exemplo, deve assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência, direito do necessitado ou quem dela precisar ao buscar o Bem-Estar, pois pode reduzir as desigualdades e praticar a justiça.

A Prof^a Aldaíza Sposati, da PUC/São Paulo, aponta, entre as inúmeras dificuldades para a efetividade da LOAS, o caráter assistencial e clientelista, por conta da própria história da Assistência Social e pela dificuldade de se transpor a normatização. Para SPOSATI, “o que está proposto não está posto”. Muito embora, por meio da municipalização, tenhamos encontrado canais de maior participação da sociedade civil na construção e formulação de políticas sociais e na criação dos Conselhos Municipais de Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente, do Idoso, do Portador de Deficiências, ainda nos deparamos com a focalização de ações, programas e a pulverização de recursos financeiros.

Com a LOAS, a Assistência Social situa-se no enfrentamento da pobreza e na luta pela universalização dos direitos sociais, integrada às políticas setoriais, com vistas à melhoria das condições gerais de vida da população, "mas está ainda distante de sua efetivação" (SPOSATI,1997). Vivemos em uma sociedade virtual quanto à aplicação do direito, existe uma distância histórica entre o que está proposto e o posto, somada à omissão da cobrança da responsabilidade pública. Embora tenhamos textos legais avançados, eles não se aplicam de fato. Para a pesquisadora, na prática, a Lei Orgânica da Assistência Social ainda está distante de sua efetivação enquanto direito, apesar de estabelecer os mínimos sociais, requer um processo de revolução de consciências diante do nosso "Estado Social Mínimo Histórico".

Direito do cidadão e dever do Estado, a Assistência Social é uma política de seguridade não-contributiva, que provê os mínimos sociais e é realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Na argumentação de SPOSATI (1997), a provisão dos mínimos sociais está longe de ser uma proposta minimalista ou de um pacto pelo conformismo, ao contrário, menciona um padrão básico de inclusão e apresenta patamares de padrão de vida:

a) Sobrevivência biológica: entendida como o limite de subsistência no limiar da pobreza absoluta;

b) Condição de poder trabalhar: constitui-se em algumas condições para ser empregado e poder manter-se;

c) Qualidade de vida: possibilita o acesso a um padrão de vida por meio de serviços e garantias;

d) Desenvolvimento humano: aponta para a possibilidade de desenvolver a capacidade humana, o que coloca em evidência o padrão educacional adotado em uma sociedade e a universalização do acesso.

É de fundamental importância, na construção da política de Assistência Social Brasileira, a discussão das estratégias para garantir a efetividade da LOAS enquanto instrumento de inclusão social, definindo por mínimos sociais como eles são entendidos por SPOSATI (1997). Mínimos sociais são os pressupostos para a cidadania, isto é, oferta de oportunidades de educação, saúde, trabalho, segurança e qualidade de vida e não somente o atendimento às necessidades básicas.

As atuais políticas sociais federais ainda são um exemplo disso, de atendimento às necessidades básicas, quando tratam de Assistência Social e de programas de combate à fome e à pobreza. O passado confundiu-se com o presente, pois a concepção que se tem do social define, como foco da política social, famílias abaixo da linha da pobreza.

A linha de indigência (In) corresponde à renda mínima necessária para suprir as necessidades individuais exclusivamente alimentares. A linha de pobreza (Po), corresponde à renda mínima mensal, para satisfazer todas as necessidades básicas de um indivíduo.

A questão social é mais ampla do que parece. É preciso rever os conceitos de pobreza e de vulnerabilidade social. A pobreza era definida de acordo com o salário mínimo nacional e regional. Hoje, segundo estudiosos, pode variar de acordo com o tamanho da cidade, grau de desenvolvimento e localização geográfica. A pobreza e exclusão não podem ser tomadas como sinônimos de um mesmo fenômeno. Para o cientista social CASTELL (2001), a exclusão é resultado da metamorfose social, significando ruptura de pertencimento de vínculo societal. Envolve uma série de rupturas em relação a estágios estáveis anteriores. Pode ser ausência de renda, precarização de serviços públicos e ausência de poder e de representação. Excluídos são os desfiliaados dos serviços públicos e das políticas sociais.

As políticas sociais brasileiras ainda estão embasadas em conceitos de que pobreza e exclusão são parte do mesmo processo. O Estado e seus gestores, no decorrer do planejamento partem, muitas vezes, de idéias que atendem às necessidades emergenciais dos pauperizados, não interferindo nas causas estruturais da desigualdade.

Antes de tudo, é preciso que haja investimentos no desenvolvimento social. O discurso neoliberal de estabilização de indicadores econômicos, veiculado desde a década de 1980, sufoca outros indicadores sociais que apontam para a situação desesperadora em que se encontra o povo brasileiro. O jornal do Conselho Estadual de Serviço Social de São Paulo - CRESS, revela que o Brasil tem 53 milhões de brasileiros abaixo da linha de pobreza, 40% da população recebe, mensalmente, 0,83 salários mínimos, 10% recebem 15,25 salários mínimos e os 50% mais pobres recebem 14,85 da Renda Nacional, enquanto 1% dos mais ricos recebe 13,3%.

O Estado deve ser não só o guardião de direitos sociais, mas o condutor do processo de desenvolvimento e de distribuição de renda, com ampla participação social. Um dos avanços na política social brasileira, que merece destaque, foi a agenda de intenções retirada da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em dezembro de 2003, realizada em Brasília/DF. Esta agenda apontou como principal deliberação a construção e a implementação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, requisito essencial da LOAS para dar efetividade à Assistência Social como política pública.

No segundo semestre de 2004, observou-se outra conquista no que concerne à elaboração e discussão do novo Plano Nacional de Assistência Social para o biênio 2005-2007. Através da participação indireta dos Estados, municípios e sociedade civil, foram apresentadas sugestões para a construção da Proteção Social e do SUAS, com sua versão finalizada em setembro de 2004. Segundo o PNAS, a proteção social deve garantir a segurança de sobrevivência e a segurança de acolhida.

A segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), se dá através de mecanismos de transferência de renda e em condições para o enfrentamento do desemprego de idosos, PPDs, desempregados, famílias.

A segurança de acolhida (e convívio ou vivência familiar), opera na provisão das necessidades humanas, que se iniciam com os direitos à alimentação, ao vestuário e ao abrigo. A busca da autonomia norteia o trabalho social, mas algumas pessoas e

segmentos podem não conquistá-las pela vida toda, ou por períodos, devido a problemas de ordem física, mental ou financeira.

Os casos de desestruturação familiar em decorrência de abandono, da violência familiar, do alcoolismo, de drogas e desemprego prolongado, criminalidades, desastres e acidentes, requerem uma provisão. Essas necessidades devem ser preenchidas pela política de Assistência Social, com ações protetoras voltadas à garantia de cidadania, com universalização de cobertura.

A realidade brasileira nos mostra que existem famílias, com as mais diversas situações sócio-econômicas, que induzem à violação dos direitos de seus membros, em especial, de suas crianças, adolescentes, jovens, idosos e pessoas com deficiência, além da geração de outros fenômenos como, por exemplo, pessoas em situação de rua, migrantes, idosos abandonados que estão nesta condição não pela ausência de renda, mas por outras variáveis da exclusão social. Percebe-se que estas situações se agravam justamente nas parcelas da população onde há maiores índices de desemprego e de baixa renda dos adultos (PNAS).

Em resposta a essas demandas, o PNAS recomenda a estruturação e priorização de serviços de abrigamento nos casos onde há ausência do cuidado da família e (des)proteção social, ressaltando que a intervenção na questão social não pode afastar crianças, deficientes ou idosos do convívio social. O conjunto de serviços e ações será denominado de **proteção social especial**.

A **proteção social básica**, recomendada em casos de risco social e no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, prevê serviços, programas, projetos e locais de acolhimento para a convivência e socialização. Famílias, crianças e adolescentes, PPDs, idosos, beneficiários do BPC, deverão ser atendidos em rede, observando sua inserção social.

Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras).PNAS.

A Assistência Social inicia-se no campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal e está, a partir da Constituição, inserida no sistema de Bem-Estar Brasileiro como política de proteção social que deve estar articulada com outras políticas, com vistas a garantir direitos e condições dignas de vida e proteger parte ou o conjunto de seus membros. (DI GIOVANNI,1998).

Para BUENO (1996), o termo *universalidade* significa qualidade do que é universal, a totalidade, o que abrange tudo, ou se estende por toda a parte, é o que provém de todos e tem caráter de absoluta generalidade. O termo *eqüidade* quer dizer igualdade e retidão e o termo *efetividade* é a qualidade do que é efetivo, real e seguro.

A amplitude do significado do que representam os conceitos de universalidade, eqüidade e efetividade já se configura em um grande desafio em uma sociedade capitalista. Nessa dimensão situa-se a luta da Assistência Social pela ampliação da idéia de cidadania, pelo estabelecimento dos mínimos sociais em condições dignas.

O ponto de mutação hoje é a ampliação dos direitos sociais, ponto crucial da mudança, um desafio real a ser enfrentado na busca dos pressupostos constitucionais. A tarefa se impõe na construção de novos caminhos e na sistematização do sistema de proteção social, vetor fundamental de redução da desigualdade e de distribuição de justiça social.

Nos dias atuais, urge que lagarta se despoje de sua rude aparência para transformar-se, o mais rapidamente possível, em linda borboleta. Para tanto é necessário uma revolução dos sistemas internos, pois de nada adianta belas asas para quem não sabe para onde pode ir...

1.3. Primeiro mínimo social: benefício de prestação continuada (BPC)

Historicamente, os mínimos sociais estavam intimamente ligados às concepções de pobreza absoluta, a partir de uma visão restritiva do que seria mínimo social, isto é, a satisfação de necessidades humanas através da garantia das condições mínimas de sobrevivência fisiológica e para a garantia da manutenção da capacidade de trabalho. Estabeleceu-se o salário mínimo na busca da reprodução social (BRANCO, 2004).

No Brasil, o BPC situa-se como o primeiro mínimo social não-contributivo garantido pela Constituição, independente da sua condição de trabalho atual ou anterior, mas dependente da condição atual de renda. Configurou-se em dispositivo de proteção social destinado a pessoas que não têm condições de obter renda para sua sobrevivência (SPOSATI, 2004). Representou um grande avanço na política social brasileira ao garantir o direito a segmentos socialmente excluídos.

O *Benefício de Prestação Continuada* surgiu a partir da Renda Mensal Vitalícia (RMV), criada em 1974, pela lei 6.179 da Previdência Social, aos maiores de 70 anos de idade, ou inválidos, sem atividade remunerada, que não recebessem qualquer rendimento e não fossem dependentes financeiros de outrens e não tivessem outro meio de prover seu sustento.

Os critérios para conseguir o benefício eram: ter sido filiado à Previdência Social, em qualquer época, por no mínimo 12 meses; ter exercido atividade remunerada; ter sido filiado à Previdência Urbana após completar 60 anos e não possuir outros benefícios. O valor do benefício era de meio salário mínimo e somente depois da Constituição Federal de 1988 passou a ser de um salário.

O Programa *Benefício de Prestação Continuada*, também conhecido como LOAS 88 e 87³, foi criado pelo artigo 203 da Constituição Federal de 1988 e estabeleceu que a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à Seguridade Social. Tem por objetivos:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- d) a promoção da integração no mercado de trabalho;
- e) a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiências e a promoção de sua integração à vida comunitária;

³ LOAS -88- Classificação do INSS. Espécie de benefício destinado à pessoa idosa. LOAS-87.

f) a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovarem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

O artigo 204 esclarece que tais políticas serão realizadas com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social, além de outras fontes organizadas. Segundo as diretrizes, deverá haver a uma espécie de benefício destinado à pessoa idosa (LOAS 88) e uma espécie de benefício destinado à pessoa portadora de deficiências (LOAS 87). Estabelecem igualmente:

a) descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como às entidades beneficentes e de Assistência Social.

b) participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

A lei 8.213, de 1991, em seu artigo 139, estabeleceu a continuidade da Renda Mensal Vitalícia - RVM, até ser regulamentado o inciso V do artigo 203 da Constituição Federal. Com a aprovação da LOAS, passa a vigorar o *Benefício de Prestação Continuada*, que foi regulamentado pelo artigo 20 e 21 da mesma lei.

O Benefício Continuoado (BPC) é concedido mensalmente. A inclusão no programa é condicionada à renda *per capita* do grupo familiar menor que 1/4 do salário mínimo, tanto para o idoso como para o portador de deficiências. Atualmente, a idade mínima é de 65 anos para o idoso, incapacidade para a vida independente e para o trabalho e para a pessoa portadora de deficiência. A lei não estabelece carência. Não tem caráter contributivo e é intransferível. Em caso de morte ou ausência do beneficiário, é cessado o pagamento, pois é um benefício assistencial pago com recursos do FNAS, destinado a proteger e amparar a pobreza, a deficiência e a velhice. Deve ser revisto a cada dois anos a fim de que sejam evitadas fraudes.

Têm direito ao benefício os índios e os estrangeiros não-naturalizados. Não pode ser acumulado com qualquer espécie de benefício de Seguridade Social ou de outro regime, salvo o da Assistência Médica (MARTINS, 2001). Quando indeferido, cabe recurso perante a Junta de Recursos, no prazo de 30 dias, ou junto à própria agência do INSS.

Se analisarmos o programa sob o prisma histórico, verificaremos que, entre a Constituição Federal de 1988, a aprovação da LOAS em 1993 e a regulamentação do artigo 20 que estabelece o BPC, por meio do decreto nº 1.744 de 8/12/1995, houve burocracia, morosidade, um espaço de tempo perdido e indefinido que trouxe expectativas e incredulidade sobre a regulamentação e a possibilidade do mesmo vir a concretizar-se.

Em 1/1/1996 foi criada a Secretaria Executiva de Assistência Social, junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social, cuja tarefa era coordenar as ações, em nível federal, da Política de Assistência Social; porém inicialmente, o pagamento do benefício foi atribuído ao INSS.

Durante algum tempo, ninguém sabia ao certo de quem seria a responsabilidade pela concessão e acompanhamento do benefício. O próprio INSS não tinha claro o seu papel no BPC. O início foi confuso e a concessão do benefício aos interessados foi regulamentada pelo Decreto Federal 1744/95, através do preenchimento de um atestado de composição familiar e renda familiar, assinado pelo Presidente do Conselho de Assistência Social, Promotor Público, Comandante Militar de qualquer das três armas ou de forças auxiliares, Delegado de Polícia ou Assistente Social.

Para a composição familiar, era considerada a unidade familiar completa residente sob o mesmo teto, sem levar em conta a relação de parentesco. No caso da pessoa morar nas dependências da frente ou dos fundos de sua família, é considerada uma pessoa sozinha. Muita gente que pleiteou o benefício, ficou excluída em função da renda de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e porque não conseguiu laudo médico ou atestado de composição familiar.

Sem critérios definidos e sem orientações, esses profissionais concediam os documentos conforme sua formação profissional, percepção e seus próprios critérios. O conceito de incapacidade laboral era embasado nos demais benefícios previdenciários, como auxílio-doença, acidente ou invalidez. Outro conceito bastante indefinido era de deficiência e seqüelas, perda ou incapacidades físicas e sociais limitantes. A avaliação médica realizava-se, muitas vezes, sem a presença do interessado, resultando em avaliações incompletas e sem critérios técnicos importantes que evitassem distorções, injustiças ou abertura de concessões inadequadas. Somente mais tarde chegou-se a um consenso de que o requerente deveria estar presente ao exame médico. A partir de então,

todos passaram a ser encaminhados para a perícia do INSS.

Sem condições administrativas, financeiras ou técnicas para realizar o programa e com a finalidade de agilizar o processo, a Previdência Social estabeleceu parcerias com organizações não-governamentais que atendiam o PPD e o idoso para divulgação e operacionalização do BPC. As organizações não-governamentais, com suas equipes técnicas, respondiam quesitos sobre a clientela em potencial e auxiliavam no preenchimento de laudos sociais, sem nenhum tipo de questionamento. Em consequência disso, houve um grande aumento da demanda, mas não houve um programa de divulgação ou arregimentação daqueles que poderiam ser beneficiados com a lei.

Com a LOAS 88-87 e a extinção da Renda Mensal Vitalícia, milhares de pessoas foram esquecidas, ficando à margem dos serviços públicos, entre eles os doentes e deficientes, portadores de doenças crônicas, os incapazes para as atividades de vida diária, que de alguma forma chegaram a contribuir em algum momento de suas vidas para a Previdência Social. No lugar da Renda Mensal Vitalícia, surge como programa para o enfrentamento da pobreza o BPC, com as dificuldades já relatadas.

A emissão da Medida Provisória 1.473/34, publicada em agosto de 1997, estabeleceu que o único órgão competente para avaliar deficiência é a perícia do INSS, fixando uma pontuação e regras para o laudo de avaliação de deficiência. Desde de então, o assistente social deixou de assinar laudos e atestados de composição familiar. Seu papel era de informação e orientação dos interessados na obtenção do benefício.

Superadas as primeiras dificuldades de execução do benefício, o governo anunciou a primeira revisão prevista no artigo 21, que deve acontecer a cada dois anos, para avaliação das condições que lhe deram origem. A ordem de serviço INSS/DSS nº 587, de 17 de outubro de 1997, considera a necessidade de corrigir incorreções na concessão por meio das revisões, mas devido à falta de recursos humanos e materiais, as revisões aconteceram de forma lenta e burocrática.

Os resultados da primeira revisão realizada apresentaram 90 mil benefícios, em um universo da época de 1999, de 991.285 beneficiários em todo o país, significando 68% dos recursos do FNAS (GOMES, 2000).

Novas condições, com a introdução do acróstico social, instrumento para avaliar as condições sociais e pessoais das pessoas portadoras de deficiências e dos idosos,

somadas ao instrumental de avaliação clínica pontuada, possibilitaram uma revisão mais organizada, mais técnica e mais justa. O objetivo do acróstico é avaliar as condições de vulnerabilidade e constituir um amplo diagnóstico.

A orientação da Política Nacional de Assistência Social indica, prioritariamente, o assistente social para a revisão, uma vez que ele apresenta competência e atribuição privativa, conforme a LOAS, para realizar estudos sócio-econômicos com os usuários, para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, de acordo com o artigo 4, inciso XI.

No processo de revisão, o assistente social tem o papel importante de preencher o instrumento avaliativo, o acróstico social, mediante visitas domiciliares ou visitas às instituições de abrigo de atenção ao idoso ou PPD. É sua a responsabilidade técnica e ética em aferir e atestar o acesso ao direito (GOMES, 2000).

O assistente social é o profissional mais indicado para avaliar as precárias situações das relações familiares, a reduzida oferta de serviços comunitários e sociais, a carência econômica, o baixo nível de escolaridade e a inatividade das pessoas idosas e PPDs, que os colocam à margem do processo social. A aplicação do instrumental requer compreensão das questões sociais da contemporaneidade, preocupando-se com ações voltadas à garantia dos direitos e da ética profissional.

O artigo 38 da MP nº 1599-42, de 5 de março de 1998, em seu artigo 38, reduziu de 70 para 67 anos a idade para fazer jus ao benefício. Em 30 de Novembro de 1998, a lei 9.720, congelou a idade do idoso em 67 anos, mudou o conceito de família e a concessão ficou sujeita ao exame médico pericial e laudos realizados pelo INSS. Em 2003, com o Estatuto do Idoso, a idade para concessão do benefício foi alterada para 65 anos completos, representando uma grande conquista do segmento.

Desde do início do processo de revisão, os assistentes sociais mobilizaram-se lutando para a implantação da LOAS e para a sistematização do BPC, compondo grupos fortes de trabalho no Brasil todo, de coordenação do artigo 20, junto com representantes do INSS, Secretaria Nacional de Assistência Social e Secretarias Estaduais para assessorar, orientar e discutir os caminhos viáveis do processo.

O próprio Conselho Federal de Serviço Social tem sido um dos protagonistas na formulação, controle social e implementação da política da Assistência Social, denunciando as regulamentações restritivas do acesso aos direitos pelas medidas

provisórias que vêm tornando o BPC cada vez mais focalizado.

Uma vez que é direito fundamental de um regime democrático sejam oferecidas condições de dignidade no que concerne ao acesso aos direitos fundamentais, não como um favor ou privilégio, é preciso desencadear uma ampla discussão estabelecendo critérios que permitirão identificar idosos e deficientes sem condições de prover seu próprio sustento.

Até o presente momento foram realizadas, no Brasil, três revisões, que compreendem os benefícios concedidos de 1996 a 2000. Em julho de 2004, iniciou-se a quarta revisão, para os benefícios concedidos em 2000 e 2001.

Tabela 1. Revisão do BPC

Etapas	Benefícios concedidos período	Quantidade de benefícios a revisar	Recursos do FNAS para os Estados	Período efetivo da revisão
Primeira	02/01/1996 a 30/04/1997	458.024 378.107 ppd 79.917 ido	4.580.240,00 repassados dez/1999 OP 1999	Outubro/1999 a dezembro de 2001
Segunda	01/05/1997 a 31/12/1998	452.926 285.802 ppd 167.646 ido	9.860.035,00 repassados jan/2001 OP 2000	Janeiro /2001 a Junho /2002
Terceira	01/01/1999 a 31/07/2000	320.241 155.866 ppd 164.147 ido	7.104.560,00 repassados maio/2002 OP 2001/2002	Maio/2002 a maio /2003
Total	02/01/1996 a 31/07/2000	1.231.191 ppd e ido		

Fonte: MPAS-2002. Preparado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social da PUC/SP.

O governo federal repassa aos Estados e municípios, por meio da formulação de

convênios, recursos para a realização das revisões. O valor pago aos Estados para a realização de cada revisão realizada varia de R\$ 10,00 a R\$ 25,00, conforme a região do país de acordo, segundo justificativas, com as diferentes realidades e peculiaridades. Ao receber o recurso, cabe ao Estado a orientação técnica, treinamento, divulgação e esclarecimentos do processo junto aos gestores dos municípios.

Cada município poderá optar pela realização da revisão com técnicos do município das Secretarias Municipais de Assistência Social, ou ainda, poderá contratar serviços de assistentes sociais para a prestação de serviços por meio da formulação de convênio com entidades assistenciais de atenção preferencialmente ao idoso ou PPD.

A revisão é um processo complexo que demanda atenção e muitas dificuldades. É necessário, segundo a legislação em vigor, o preenchimento de instrumentos de avaliação.

a) Acróstico social ou ficha de avaliação para levantamento das condições sócio-econômicas, pessoais, culturais e do entorno onde vive o idoso ou PPD e sua família;

b) Informações gerais complementares que implicam na coleta de informações sobre as necessidades dos beneficiários e dados de integração da unidade familiar;

c) Informações sobre a composição do grupo e renda familiar, assinado pelo beneficiário ou pelo representante legal.

Para o preenchimento dos instrumentais, o técnico deve considerar o conceito de família vigente na época da concessão, a fim de efetuar o cálculo da renda *per capita* mensal da família.

De 1996 até 1998, o conceito de família era “a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”. A lei 9.720, de 30/11/1998, modificou o conceito de família “o conjunto de pessoas elencadas no artigo 16, (lei nº 8.213, de 24/07/1991), que vivem sob o mesmo teto, o cônjuge, o companheiro, pais, filhos e irmãos e os equiparados a essas condições, não-emancipados, menores de 21 anos ou inválidos”.

A avaliação é qualitativa, são observados aspectos da inclusão social, carência e vulnerabilidade. As visitas não devem se resumir à revisão, mas deve possibilitar o acesso das famílias em outras políticas intersetoriais, a fim de favorecer a melhoria das condições de vida de idosos e PPDs.

Uma pesquisa da Prof^a Ivanete Boschetti, do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília - UnB, realizada em 2002 e publicada no *Globo News*, analisou o desempenho do atual governo e reconheceu que houve avanços no atendimento às pessoas carentes no país, desde a extinção da Legião Brasileira de Assistência, LBA, em 1995. A pesquisa foi feita com base em relatórios do próprio governo, com os demonstrativos anuais de execução do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS, com base em dados do Sistema de Acompanhamento Informatizado dos gastos do governo - SIAFI. A professora conclui que ainda faltam regulamentar alguns benefícios, ampliar o número de atendidos e cumprir o que manda a Constituição. Para ela, o governo federal continua assumindo uma posição centralizadora e autoritária, já que continua definindo os tipos de serviços, programas e projetos, o que fere o princípio da descentralização.

A pesquisa mostra ainda que poucos idosos e deficientes estão sendo atendidos pelo *Benefício de Prestação Continuada*; demonstra que, em 2002, apenas 530.177 idosos estavam recebendo o benefício, o que significa 15,82% do total de idosos de 1.733.465 com mais de 60 anos, em famílias com renda *per capita* de meio salário mínimo mensal. Outra conclusão da pesquisa é que o governo está atendendo, em 2003, a 920.432 deficientes, o que corresponde a 30% dos 3.028.268 de deficientes cujas famílias possuem renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo.

Embora o número de atendimentos tenha aumentado de 1996 para 2002, a professora considera que ainda são insuficientes para atender a todas as pessoas nesta faixa de renda que precisam do salário-mínimo mensal para sobreviver. Os atendimentos vão aumentando porque as pessoas ficam sabendo do benefício e acabam indo atrás. Outra hipótese é de que o número de atendimentos aumentou porque cresceu o número de famílias que têm renda *per capita* de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo.

Tabela 2. Evolução do número de beneficiários do BPC – Brasil (1996 a jul./2003)

Período	PPD	%	IDO	%	Total	Evolução	% ano
Beneficiário							
1996	304.227	88	41.992	12	346.219	-	
1997	557.088	86	88.806	14	645.894	299.675	46,40
1998	641.268	76	207.031	24	848.299	202.405	23,86
1999	720.274	70	312.299	30	1.032.573	184.274	17,85
2000	806.720	67	403.207	33	1.209.927	177.354	14,66
2001	870.072	65	469.047	35	1.339.119	129.192	9,65
2002	976.257	63	584.597	37	1.560.854	221.735	14,21
2003	1.001.123	61	633.564	39	1.6334.687	73.833	4,52

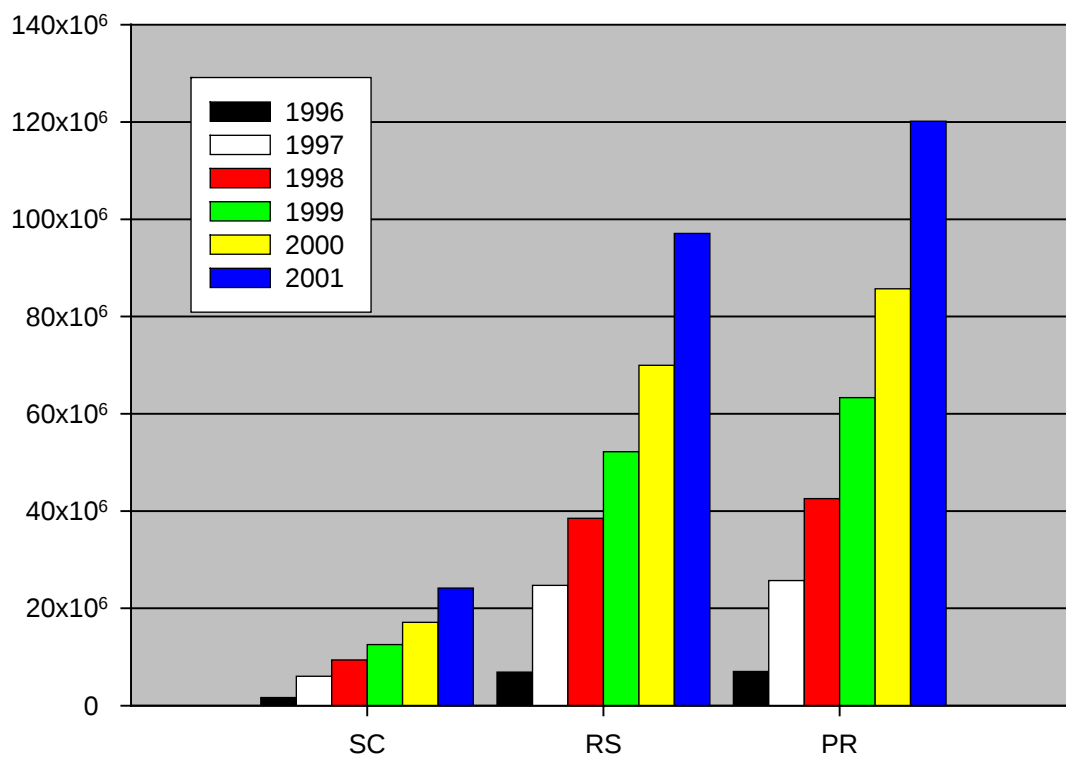
Fonte: MPAS 7/2003/GeBPC/MPAS. Síntese Gold. Preparado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social da PUC/SP.

Nota: todos os dados se referem ao mês de dezembro, à exceção de 2003, que se refere a julho.

Na Tabela 2 apresentamos dados resultantes da pesquisa elaborada por SPOSATI (2004), que conclui, em seu estudo, que houve um crescimento matemático do BPC, que quintuplicou a inclusão de PPDs e idosos no período entre 1996 e 2003. O destaque do estudo foi para o segmento idoso, que cresceu quinze vezes em sete anos. Inicialmente, o maior beneficiário do programa era o PPD, representando 61% do BPC em 1996. Supõe-se que isso aconteceu pelo alcance e organização das entidades defensoras do PPD no Brasil. Em contrapartida, o segmento idoso mostra um crescimento e uma grande tendência de inclusão no programa, que deverá crescer ainda mais após a mudança prevista no Estatuto do Idoso para concessões do benefício para idosos a partir de 65 anos.

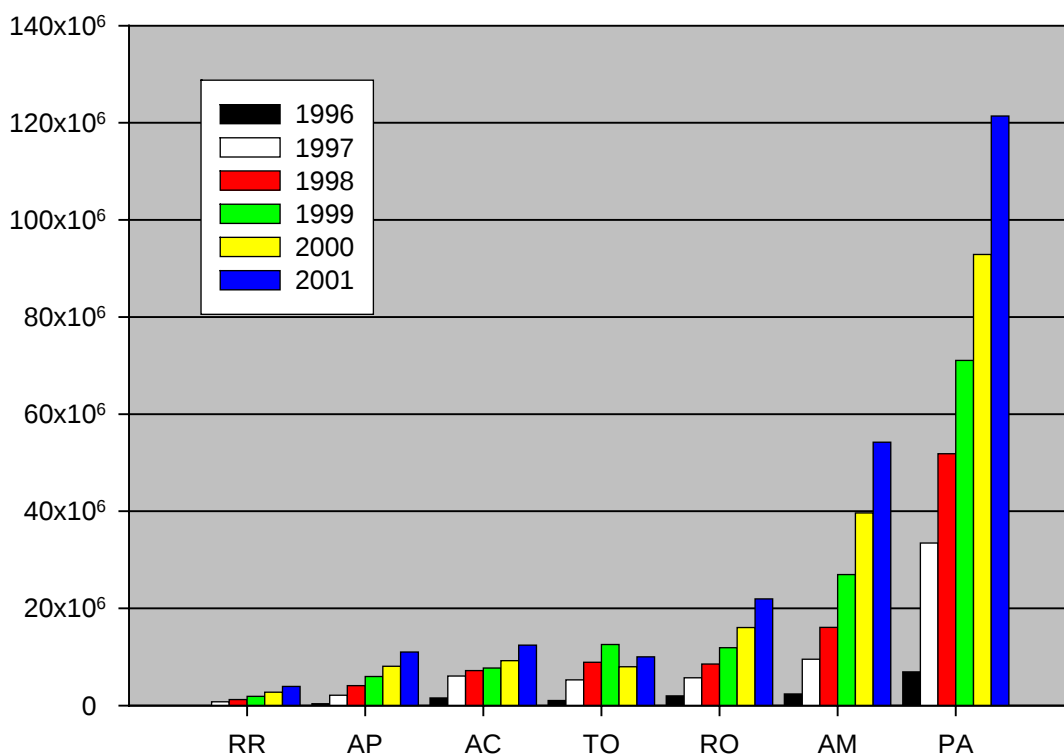
A seguir, apresentamos o Gráfico 1, preparado por nós, para que pudéssemos observar o crescimento do benefício por região do país, no período compreendido entre 1996 e 2001. Concluímos que o BPC teve um salto significativo nos primeiros anos e nos anos que coincidiram com o período eleitoral.

Gráfico 1 . Evolução do Benefício Região Sul



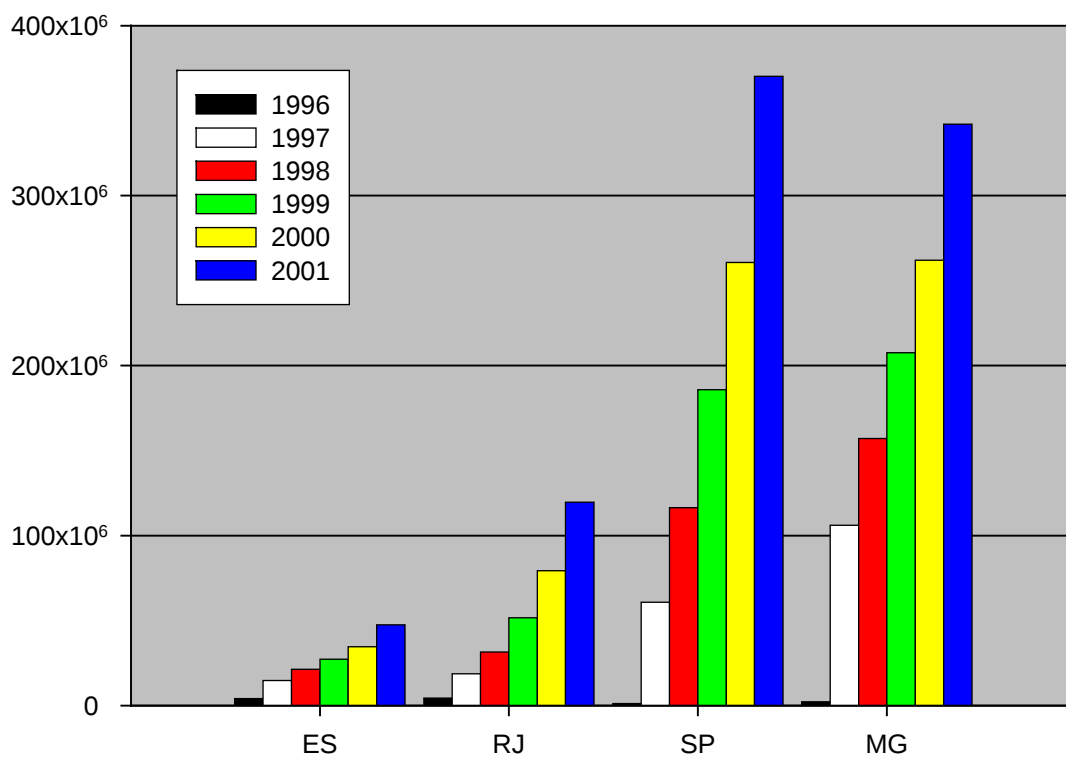
Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004, de acordo com a Progressão de Gastos apresentados entre 1996 a 2003, pela Gerencia Nacional do BPC. (Vide dados *Anexo6*)

Gráfico 2. Evolução dos benefícios concedidos na Região Norte



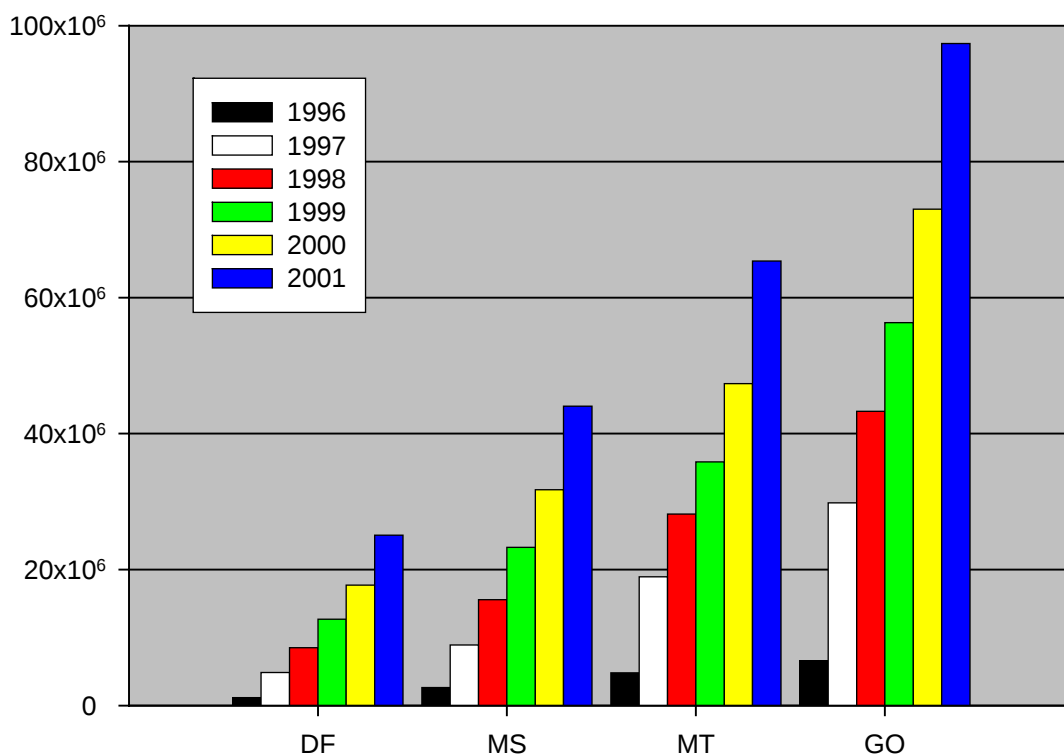
Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004, de acordo com a Progressão de Gastos apresentados entre 1996 a 2003, pela Gerencia Nacional do BPC. (Vide dados Anexo6).

Gráfico 3. Evolução dos benefícios concedidos na Região Sudeste



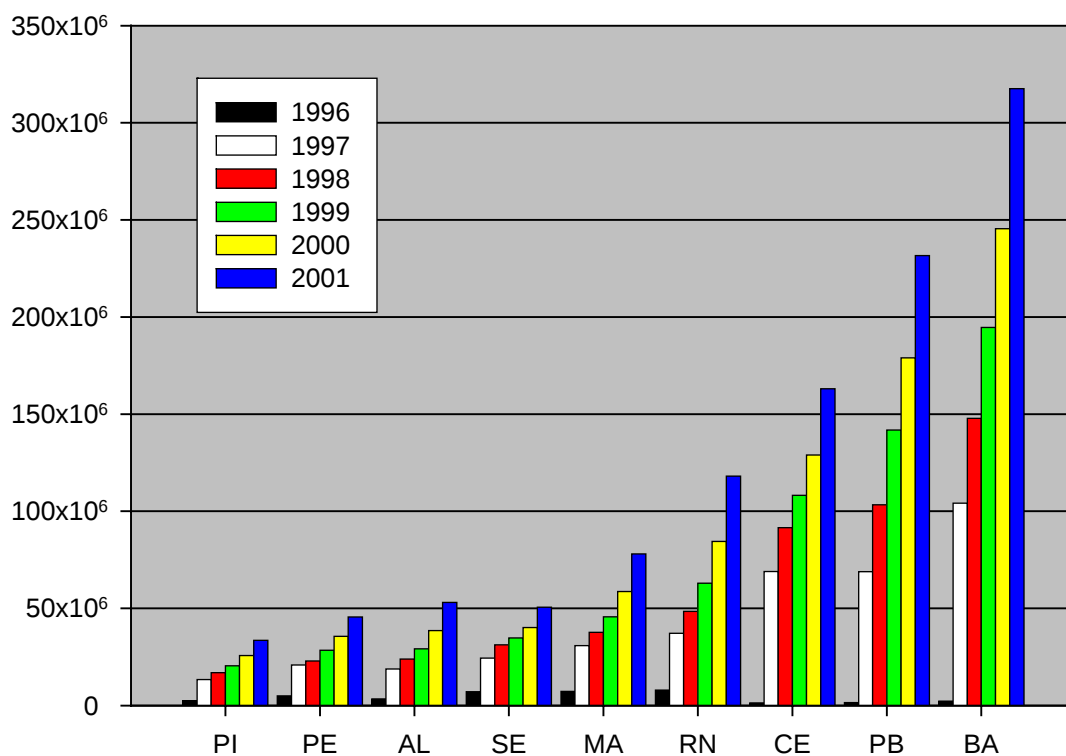
Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004, de acordo com a Progressão de Gastos apresentados entre 1996 a 2003, pela Gerencia Nacional do BPC. (Vide dados *Anexo 6*).

Gráfico 4. Evolução dos benefícios concedidos- Região Centro Oeste



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004, de acordo com a Progressão de Gastos apresentados entre 1996 a 2003, pela Gerencia Nacional do BPC. (Vide dados *Anexo6*)

Gráfico 5. Evolução dos benefícios concedidos na Região Nordeste



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004, de acordo com a Progressão de Gastos apresentados entre 1996 a 2003, pela Gerencia Nacional do BPC. (Vide dados Anexo 6).

Outro ponto a ser destacado é que, independente da demanda de idosos e PPDs, houve um maior número de benefícios concedidos para os estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia, sem contar a Região Sul, com Paraná, Norte, com Pará e Centro Oeste, com Goiás, levando-nos a supor o uso eleitoral do programa. Houve significativo aumento de benefícios em anos eleitorais, como 1998.

Na Tabela 3 verificamos a população distribuída nos estados da federação e o percentual da população com renda até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo que vive em situação de pobreza absoluta e a população cujo rendimento atinge a *per capita* familiar de até $\frac{1}{2}$ salário. Para fundamentar e provocar uma discussão mais ampliada sobre demanda e concessão incluímos, na Tabela 3, o percentual de deficientes e idosos no país.

Se compararmos a Tabela 3 com o Gráfico 1, relativos às concessões e desembolsos oficiais do governo, verificaremos que, para os critérios de inclusão no programa, não foram baseados em demandas ou levantamento de indicadores sociais de pobreza, deficiência e velhice.

Os Estados que aparecem com sérios indicadores de renda *per capita* de até $\frac{1}{4}$ do salário são Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Norte e Bahia. Com o maior número de população idosa, são apontados: S.Paulo, com 22,89%, Minas Gerais, com 11,49%, Rio de Janeiro com, 11,11%; talvez a diferença esteja na riqueza econômica e na qualidade de vida. Já os indicadores de pessoas com deficiências indicam São Paulo com 17,09%, Minas Gerais com 10,84% e Rio de Janeiro com 8,67%.

Segundo dados oficiais do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, até maio de 2002 receberam o benefício 905.112 PPDs e 515.272 idosos, resultando em um total de 1.420.384 beneficiários.

O BPC, segundo o Plano Nacional de Assistência Social, tem uma participação bastante expressiva no orçamento total, representando cerca de 88% do Fundo Nacional de Assistência Social em 2004 e 87% em 2005.

Tabela 3 Percentual Renda, deficiência e velhice no Brasil.

Unidade da Federação	População distribuída por Estado	% Renda Familiar		População	
		Até ¼ sal. mínimo	De ¼ a ½ sal. mínimo	Total Idosos 60 ou + no país	Total PPDs no país
Paraíba	3.444.794	4,4	20,0	2,38	2,63
Rio Grande Norte	2.777.509	5,9	16,5	1,63	1,99
Piauí	2.843.428	3,2	17,8	1,84	2,04
Pernambuco	7.929.154	3,8	14,7	4,47	5,61
Ceará	7.431.597	3,6	15,4	4,53	5,24
Alagoas	2.827.856	7,7	20,0	1,52	1,93
Maranhão	5.657.552	6,2	23,0	2,74	3,71
Sergipe	1.784.829	4,8	16,6	0,86	1,16
Tocantins	1.157.690	5,4	18,1	0,58	0,74
Bahia	13.085.769	5,6	18,0	7,69	8,32
Pará	6.195.965	2,9	15,1	1,60	3,84
Rio Grande do sul	10.187.842	0,9	6,4	1,21	6,24
Minas Gerais	17.905.134	2,0	11,1	11,49	10,84
Rio de Janeiro	14.392.106	0,9	5,3	11,11	8,67
Espírito Santo	3.097.498	1,8	9,4	1,60	1,86
Goiás	5.004.197	1,3	11,3	2,47	2,91
Amazonas	2.817.252	4,9	14,7	0,66	1,63
Santa Catarina	5.357.864	0,3	5,3	3,20	3,10
Acre	557.882	2,0	11,2	0,14	0,32
Rondônia	1.380.952	3,3	15,6	0,37	0,77
Mato Grosso Sul	2.078.070	1,0	13,5	1,21	1,16
Mato Grosso	2.505.245	3,9	11,5	0,98	1,39
Paraná	9.564.643	1,4	7,7	5,70	5,28
Distrito Federal	2.051.146	1,1	7,3	0,68	1,12
Amapá	477.032	0,8	11,7	0,19	0,26
Roraima	324.397	2,6	9,1	0,37	0,16
São Paulo	37.035.456	1,1	5,8	22,89	17,09
Brasil	169.872.859	2,3	10,4	100%	100%

Fonte: Fundação IBGE- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social da PUC/SP.

O custeio do benefício é mantido graças a receitas advindas da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social - COFINS (cerca de 90%, 28% do total do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social em 2004). O Fundo é composto por outras fontes de financiamento como recursos ordinários, contribuições sobre concursos de prognósticos, alienação de bens apreendidos, recursos próprios, receita de aluguéis, contribuição social sobre o lucro de pessoas jurídicas, Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

Hoje, são atendidos 1,8 milhão de pessoas com o *Benefício de Prestação Continuada*. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, é considerado o maior programa de renda mínima da América Latina.

1.4. A identidade do idoso e o portador de deficiências

1.4.1 A pessoa idosa

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e é crescente sua participação em diversas esferas da vida social, que não pode e não deve ser ignorada. Pessoa idosa é aquela, de acordo com a OMS, Organização Mundial da Saúde, para os países em desenvolvimento, que está com 60 anos ou mais.

Segundo os dados do PNAD de 2002, o Brasil tem 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 9% da população do país. Segundo recomendações da ONU (1976), os países, ao atingirem 7% da população idosa, deveriam se antecipar em políticas públicas, medidas sócio-econômicas efetivas e concretas para oferecer padrões de sobrevivência digna à população idosa.

Mais da metade dos idosos, 64,6%, ainda são chefes de família, vivem com seus filhos e os sustentam e essa dependência dos proventos do idoso é cada vez maior para a sobrevivência das famílias, o que derruba a antiga idéia de dependência e velhice. Entre os idosos brasileiros, 77% são aposentados ou pensionistas, 30,4% ainda trabalham para auxiliar na manutenção da família. Um dado preocupante indica que cerca de 12,1% moram sozinhos, compondo as famílias unipessoais, de acordo com dados divulgados no Plano Nacional de Assistência Social.

Com o aumento da expectativa de vida, que varia segundo a região do Brasil, hoje, em torno de 68,6 anos - no início da década de 1990, era de 2,5 anos a menos. Estima-se que a população idosa, até 2020, chegue a 25 ou 30 milhões de pessoas, com

uma esperança de vida de 70,3 anos. A proporção de idosos acima de 80 anos aumentou, com significativas mudanças em relação às outras faixas etárias. O Censo de 2000 informa que 49,7% da população brasileira está abaixo de 24 anos; o que ocorreu foi um aumento da população economicamente ativa, o envelhecimento das famílias, com pelo menos um idoso e mudanças nas unidades familiares.

Tabela 4- Distribuição percentual da população brasileira acima de sessenta anos (%)

Faixa etária	1970	1980	1991	1996	1999	2000
60-64 anos	1,9	2,0	2,5	2,5	2,8	2,7
65-69 anos	1,3	1,7	1,9	2,0	2,3	2,1
70 ou +	1,8	2,3	2,9	3,3	3,9	3,7
Total	5%	6%	7%	8%	9%	9%

Fonte: Fundação IBGE, Censo 2000. Preparado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Seguridade e Assistência Social da PUC/SP.

Nos seis anos analisados pela tabela, houve um crescimento acentuado dos idosos na faixa etária de 60 a 64 anos e 65 a 69 anos, mas principalmente na faixa de 70 anos ou mais.

Enquanto nos países desenvolvidos a população percorreu um longo processo de envelhecimento, no Brasil esse processo está ocorrendo rapidamente, ocasionando impactos sociais e exigindo respostas às demandas. O crescimento populacional da pessoa idosa redesenhou a pirâmide etária no país. Nas décadas de 70 e 80, o Brasil era conhecido como país dos jovens. Com uma cultura social de valorização da juventude, sempre relegou o respeito pelo saber acumulado e por seus “velhos”.

Dados das regiões do sul do Brasil, com padrões de qualidade de vida diversificados, aproximam-se dos países desenvolvidos, enquanto a região nordeste produz outros tipos de velhice, segundo o sociólogo Dirceu Magalhães, velhice precoce ou pseudovelhice. As questões sociais e de sobrevivência, índice de analfabetismo, doenças endêmicas, nos aproximam dos países subdesenvolvidos.

O progressivo envelhecimento da população decorre do aumento da expectativa de vida e dos avanços do campo da tecnologia; da redução da taxa de natalidade. O maior acesso a serviços de saúde e seguridade reduziu sua dependência e a sua

deficiência física ou mental, vindo até a chefiar as famílias. A universalização dos direitos e o aumento do rendimento médio reduziram a pobreza e a indigência. As aposentadorias, nesse sentido, representam importante papel na vida dos idosos e de suas famílias.

Essas mudanças marcaram a década de 90, principalmente pelas medidas estabelecidas pela Constituição de 1988, com os benefícios previdenciários e assistenciais que, muitas vezes, representaram a única renda da família.

Envelhecer significa perder funções biológicas e sociais, que resultam em fragilidades que dependem também da idade, raça, região, cultura etc. Podem ser agravadas pelas capacidades inerentes ou adquiridas ao longo da vida e pelo contexto sócio-afetivo e econômico.

O declínio da fecundidade, em contraponto com o aumento da expectativa de vida, somados com as mudanças nas relações familiares, transformaram a sociedade. O Estado passou a formular políticas com esta preocupação, o que pode representar um grande desafio. A questão da Seguridade Social, por exemplo, precisa prever recursos que dêem conta dos custos gerados pelo aumento que a esperança de vida representa. Isso pode colocar à prova a segurança de idosos e da sociedade em geral, ou contribuir para reduzir os impactos negativos sobre eles e a sociedade. O grau de dependência dos idosos depende de sua renda e o Estado, nesse processo, tem importante papel, pois qualquer iniciativa de reforma ou alteração no quadro atual pode atingir o idoso e sua família inteira.

Apesar de enfrentar, freqüentemente, o preconceito em diferentes áreas da vida pessoal e social, a insensibilidade, a indiferença da sociedade consumista, os idosos brasileiros vêm conquistando espaços importantes de diferentes ordens, considerando as peculiaridades da sua idade e as suas necessidades.

É comum ver organização de idosos, por meio de entidades sociais ou pequenos grupos com os mesmos objetivos, organizando-se para garantir e reivindicar direitos ou para participar em atividades de cultura ou lazer. Envelhecer não é viver por viver, é viver por mais tempo, com qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, para que o Estado possa assegurar um envelhecimento saudável, é necessário conhecer as necessidades próprias da idade e formular políticas de educação, saúde, cultura e esportes saudáveis. O envolvimento da

comunidade em geral é importante, no sentido de reduzir os riscos de vulnerabilidade a que os idosos na sociedade moderna estão permanentemente expostos.

É preciso ampliar a visão do processo e fazer um esforço coletivo, no sentido de compreender que o envelhecimento é rápido em todas as populações do mundo e deve ser um processo vivido com dignidade, possibilitando a maior participação possível do idoso no processo de cidadania.

Devido a problemas de ordem econômica, social, regional, política e até cultural, a tarefa tornou-se árdua, devido às profundas desigualdades de oportunidades e acesso ao direito e à inclusão social. O desafio pertence a todos nós, à pessoa idosa, à sociedade civil e ao poder público, entendidos enquanto parceiros da ação transformadora.

Os movimentos sociais, a sociedade civil e o poder público caminham na construção de uma legislação para a formulação de políticas de atenção aos idosos a passos lentos em relação a sua efetividade; porém, de 1988 até hoje, já foram registrados alguns progressos visíveis e mudanças significativas de paradigmas com a Constituição Federal, com a Lei Orgânica da Assistência Social, com a lei que institui a Política Nacional do Idoso, 8.842/1993 e a mais recente dessas ações transformadoras, a conquista do Estatuto do Idoso, que permaneceu amarrado no processo burocrático do Congresso Nacional, nada menos que oito anos (vide *Direitos da Pessoa Idosa*, em anexo).

De qualquer forma, o país demorou em implantar políticas específicas de atenção ao idoso, enquanto isso, muitos faleceram sem poder participar de programas e projetos de inclusão. A velhice é um aspecto diferencial, resultante de variáveis individuais, estilo de vida, ambiente familiar, situação econômica, padrão de saúde, entre outros índices.

A extinção da Renda Mensal Vitalícia excluiu da proteção social as pessoas portadoras de patologias invalidantes antes dos 70 anos. Como perderam a qualidade de segurados e não foram contemplados pela LOAS, ficaram à mercê da exclusão, na comprovação de idade e renda, na falta de documentos.

A lentidão e a indiferença do Estado postergaram a questão do envelhecimento; aqueles que sobreviveram ao processo conviveram com a falta de cidadania, autonomia, integração e participação.

Apresentamos, a seguir, a contribuição atual do Estado, praticada pelo governo federal e estadual na execução de programas e ações, órgãos responsáveis pela política nacional e estadual do idoso na rede de serviços existente nos estados e municípios conveniados, com o repasse *per capita* pelos serviços prestados:

a) Centros e Grupos de Convivência: desenvolvendo atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, é um espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares;

b) Centros-Dia: destinados à permanência diurna do idoso dependente, ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica e de equipe multiprofissional, estratégias de atenção dirigida aos idosos que apresentam limitações para o desenvolvimento das atividades da vida diária e que, devido às suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidos durante o dia em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários;

c) Casas-Lar: residências em sistema participativo, onde a manutenção é feita pelos próprios idosos, sob a supervisão de profissionais habilitados dos estados ou municípios;

d) Atendimentos Domiciliares: serviços prestados ao idoso que vive só e é dependente, a fim de suprir suas necessidades diárias. Atendimento prestado por profissionais da área de saúde e cuidadores de idosos;

c) Instituições de Longa Permanência: em regime de internato, voltada para o idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover sua própria subsistência, prestada em instituições acolhedoras, conhecidas como abrigo, asilo, lar e casa de repouso, durante o dia e à noite;

d) República: alternativa de moradia para idosos independentes, que optaram por viver sós ou que estão afastados do convívio familiar, com renda insuficiente para sua sobrevivência;

e) Atendimento Domiciliar: prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, por cuidadores de idosos/agentes comunitários, no próprio domicílio do idoso;

f) Programa de Capacitação de Cuidadores de Idosos: capacitação de cuidadores domiciliares (familiares e não-familiares) e institucionais, para atuarem como cuidadores de idosos, visando a qualificação e humanização no atendimento.

Ainda é muito pouco o que o Estado realiza na execução desses programas, com repasses de recursos através de *per captas* para entidades sociais, mantendo a antiga rede de distribuição de vagas realizada desde os tempos da LBA. O foco da atenção precisa ser modificado, ao invés da *tutela e abrigo*, o objeto deve ser a *emancipação e a inclusão social*.

Para corrigir o atraso e as injustiças até aqui cometidas, são necessárias não somente as leis existentes, mas uma decisão política em fazer respeitá-las e executá-las. O Estatuto do Idoso representou um grande progresso, porém, se houver resistências em cumpri-lo, será mais uma lei morta.

A proteção social ao idoso, ao ser construída, precisa ser apoiada pela legislação e por uma rede de benefícios, serviços, programas e projetos sustentáveis, não pontuais ou focalizadores, voltados para a convivência social, que garantam o fortalecimento dos vínculos familiares, a emancipação dos idosos em condições de dignidade, a fim de prevenir situações de abandono, vulnerabilidade e exclusão.

1.4.2 A pessoa portadora de deficiência (PPD)

Entre as pessoas que vivem em situação de exclusão, encontram-se aquelas portadoras de deficiências. De forma geral, a população ainda não dispõe de informações suficientes e claras para a compreensão das principais causas das deficiências e de como elas podem ser prevenidas. A falta de informação ocorre entre os usuários, comunidades, sociedade civil e até entre gestores de programas. De forma consciente, as deficiências ainda não recebem a atenção que deveriam na agenda social de muitos governos, o que certamente resulta em repostas insatisfatórias as demandas reais dessa população. Faltam informações, das mais básicas, nas formas de prevenção, na vacinação, nos cuidados básicos com a gestante e com o recém-nascido, no caso de medicações, entre outros.

Outra grande questão é o nível de exclusão no qual se encontra a maioria dessa população, o que gera obstáculos à informação e aos serviços. Entre muitas estatísticas, uma delas aponta para o surpreendente número de desassistidos, em termos de assistência médica e Assistência Social: cerca de 95% dos PPDs, segundo dados publicados em 1998, na *Revista Cidadania*, da Secretaria Nacional de Assistência Social.

Em países onde existe a informação, a prevenção e a conscientização, a sociedade encontra-se mais preparada, inclusive, para receber pessoas com algum tipo de deficiência, sendo mais capaz de promover a inserção e a inclusão dos portadores de deficiências.

Segundo a OMS, os portadores de deficiência representam cerca de 10% da população de cada país sub- desenvolvido, o que, variando os indicadores de pobreza, pode aumentar ou diminuir. As deficiências são classificadas em física (tetraplegia, hemiplegia, amputados e outros), mental (leve, modesta, severa e profunda), auditiva (total ou parcial), visual (cegueira e visão reduzida) e deficiências múltiplas (duas ou mais deficiências).

O Estado pouco investe na educação, reabilitação, profissionalização, saúde para o resgate de sua cidadania.e, apesar da legislação, os direitos da pessoa deficiente não são respeitados. Somente o atendimento integral e articulado de ações, em parceria com as demais políticas públicas, sobretudo a saúde, o trabalho, a Assistência Social, o esporte e a cultura serão capazes de promover essa integração social desejada.

No Brasil, o trabalho de assistência Social e de educação com pessoas portadoras de deficiências surgiu em 1956, com a criação de ONGs como as APAEs, associações e instituições, clubes de ajuda para os portadores de deficiência, sem nenhuma efetiva participação do PPD nas decisões.

Até então, os portadores eram tratados como pessoas doentes ou pacientes psiquiátricos. Sem nenhuma condição de viver em sociedade, a maioria vivia enclausurada, sem participar da vida social.

A partir de 1970, o segmento começou a se organizar e lutar por seu espaço na sociedade, na conquista do direito à cidadania plena. Com a organização dos movimentos sociais reivindicatórios por serviços públicos, foram reforçadas as demandas e a urgente necessidade de acesso à educação, à saúde e à convivência social, ao combate ao preconceito e à exclusão, com garantias e oportunidades de vida e de trabalho. Somente com a Constituição Brasileira o processo de resgate da cidadania começou a ser traçado na priorização e garantia de atendimento em educação, saúde, previdência e Assistência Social.

O PPD, hoje, tem os mesmos direitos que qualquer cidadão: direito ao trabalho, com vagas reservadas, direito à capacitação, à moradia, a atendimento especializado, à

inserção em salas de aulas comuns, entre outros.(vide *Direitos do Portador de Deficiências*, em anexo).

Ainda assim, o poder público responde, segundo dados da Confederação Nacional das APAEs de 1998, por 60% dos recursos para sua manutenção. Se considerarmos que 90% da clientela atendida é oriunda de famílias com renda inferior a três salários, concluímos que falta muito para respondermos às legítimas demandas.

O Brasil tem, hoje, 24,5 milhões de portadores de deficiências. Segundo os dados do Centro de Políticas Sociais do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas, em 2003 e do Censo do IBGE em 2000, somados, aqueles com perdas visuais, auditivas e incapacidade de locomoção, esses dados significam cerca de 14,48% da população.

Observando-se a **Tabela 5**, percebe-se que o maior número de portadores de deficiência são aqueles com dificuldades de visão e coordenação motora que, juntos, representam a metade da população com deficiência no país. Sabe-se, entretanto, que a maioria dos programas sociais são voltados para pessoas com deficiência mental.

Tabela 5. Tipos de Deficiências

Tipo de Deficiências	Números	Percentuais
Visual	16.573.937	48,1
Motora	7.879.601	22,9
Auditiva	5.750.809	16,7
Mental	2.848.684	8,3
Física	1.422.224	4,1

Fonte: Censo IBGE 2000.

Ao analisarmos a Tabela 6, dos indicadores por região, concluímos que o maior número de PPDs concentra-se nas regiões Nordeste e Norte. Os recursos e programas estão concentrados nas regiões Sudeste e Sul do país, sem investigar e atender às reais demandas.

Tabela 6. Estimativa da população deficiente por região

Regiões	População	Estimativa PPD	%
Norte	12.911.170	1.901.892	14,73
Nordeste	47.782.488	8.025.536	16,80
Sudeste	72.430.194	9.459.596	13,06
Sul	25.110.349	3.595.028	14,32
Centro Oeste	11.638.658	1.618.203	13,90
Total	169.872.859	24.600.255	14,48

Fonte: Censo Demográfico 2000 – IBGE.

O avanço na política social foi significativo, mas não suficiente para desencadear a ação transformadora em programas, projetos, serviços e ações. O BPC, por exemplo, previsto na LOAS, representou um progresso na garantia do mínimo social sem contribuição previdenciária. De um lado, respondeu à vulnerabilidade social; de outro, focalizou o atendimento para uma clientela específica. O programa excluiu uma parcela significativa dos incapazes ao adotar o critério renda familiar, deficiência severa ou dependência para atividades de vida diária com incapacidade laborativa.

Em um país com sérios indicadores de pobreza, desigualdade, preconceito e falta de oportunidades, não dá para acreditar que os portadores de deficiências com dificuldades menos severas encontrarão espaço e trabalho para serem inseridos no sistema produtivo.

A falta de comprometimento, investimentos e respeito às demandas, é um grave problema no atendimento do PPD no Brasil. Uma auditoria feita pelo TCU - Tribunal de Contas da União, revela que, no ano de 2003, o governo federal atendeu a 160 mil pessoas, com 76,2 milhões, sendo que a população estimada de PPDs era de 7,8 milhões de pessoas. O Norte e Nordeste têm quase 50% dos PPDs em situação de pobreza e recebem apenas 19% da verba federal. Sem contar que existem profundas distorções e injustiças na partilha de recursos. Exemplo disso é o volume de recursos que São Paulo recebeu, de 19,46% em 2003, enquanto outros Estados, como o Maranhão, recebeu o valor de 0,33% da verba federal para atender 572 mil PPDs.

Apenas 2% dos beneficiários do país recebem um salário-mínimo ao mês, com uma renda per capita inferior a meio salário mínimo. Deparam-se permanentemente com a violência, o preconceito e a pobreza. Os programas federais são repassados a

estados e prefeituras por meio de convênios e a entidades assistenciais, focando sua atenção em deficiências mais severas.

A história e a reprodução do modelo usado pela LBA - Legião Brasileira da Assistência, a despeito da LOAS, prevalece com verbas carimbadas ao longo dos anos, concentrando sua distribuição nas regiões Sudeste e Sul, onde há mais progresso, informação, riqueza e serviços.

Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, há cerca de duas mil entidades prestadoras de serviços às pessoas portadoras de deficiência por meio da rede SAC - Serviço de Ação Continuada. A execução de programas e projetos, em todos os Estados, é feita em parceria com prefeituras e entidades sociais, com as quais são mantidos convênios de apoio técnico.

- a)** Atendimento para reabilitação na comunidade;
- b)** Atendimento domiciliar;
- c)** Atendimento em Centros-Dia;
- d)** Residência com Famílias Acolhedoras;
- e)** Residência em Casas-Lar;
- f)** Atendimento em Abrigos para pequenos grupos;
- g)** Projetos de construção e modernização de centros de atendimento.

É ainda da sociedade civil o compromisso subjacente no encaminhamento das questões sociais, especialmente no atendimento ao PPD e ao idoso. Os programas sociais implantados voltados à rede de abrigo e atendimento em meio aberto, em sua maioria, são de iniciativa das ONGs.

O Estado precisa assumir seu papel de guardião dos direitos sociais para a garantia de vida digna com equidade. À Assistência Social cabe a função de oferecer proteção; de estimular os fóruns de participação por meio dos conselhos municipais; da divulgação de direitos e acesso dos usuários; de trabalhar para a satisfação das necessidades básicas; de colaborar na articulação de políticas afins; de auxiliar em novos projetos e programas, não atuando apenas em nível emergencial. É preciso acompanhar a formulação de políticas para a adequação da realidade às necessidades dos PPDs. No campo público, deve atuar junto a esses segmentos, que estão expostos permanentemente a riscos sociais, não se afastando da tarefa de construir uma rede de proteção que permita o resgate da cidadania e a garantia dos mínimos sociais.

CAPÍTULO II

O CENÁRIO DA QUESTÃO SOCIAL EM ARARAQUARA

2.1. TRÊS SÉCULOS DA HISTÓRIA DE ARARAQUARA

Araraquara era uma região conhecida dos bandeirantes paulistas como Campos de Araraquara, ou Aracoara, palavra tupi guarani que significa buraco, ou morada das araras. Localizava-se no caminho para a região do ouro de Minas Gerais e Goiás. Representou importante posto de abastecimento para viajantes e aventureiros. Desde o início do século XVII, a região já era alvo da ação bandeirante na busca de índios e da cata ao ouro, recebendo os primeiros registros históricos a partir de 1724, quando as autoridades da capitania de São Paulo tentavam encontrar um caminho terrestre alternativo para chegar às minas de Cuiabá.⁴

A ocupação efetiva, no entanto, tem como marco histórico o ano de 1790, quando Pedro José Neto, mineiro de Barbacena, fixou-se na região. Proveniente da Vila de Itu, onde fora acusado de delito, Pedro José Neto, fundador da cidade, era perseguido pela justiça de Piracicaba e refugiou-se em Araraquara, até obter o perdão da justiça e adquirir a Carta de Sesmarias das terras que formariam a cidade. A fundação do povoado ocorreu em 22 de Agosto de 1817.

O povoado, habitado por carpinteiros, ferreiros, sapateiros, oleiros, tecelões e funcionários da administração, teve início em torno da Igreja Matriz de São Bento, ponto central da cidade e onde se desenvolveram muitos episódios históricos.

As primeiras atividades econômicas foram a criação de gado e algodão, cujos produtos eram comercializados com os viajantes. A cultura que transformou a economia da cidade e da província foi o café, que possibilitou ao pequeno povoado ganhar impulso econômico. A partir de então, nas décadas posteriores, houve um crescimento populacional grande, com a chegada de muitos imigrantes italianos, portugueses e espanhóis. Essa população instalou-se, em sua grande maioria, nas fazendas de café. A vinda dos trabalhadores europeus marcaria definitivamente a vida sócio-cultural da cidade.

Em 1785, objetivando o escoamento da safra de café, aconteceu, por influência

⁴ Cit site: Morada da cidadania.

dos fazendeiros, a chegada da Estação Ferroviária de Araraquara - EFA, que representou um importante meio de transporte, pois seu entroncamento ligava a cidade a outros importantes municípios da região, à capital, São Paulo e ao porto de Santos.

A primeira lavoura canavieira na região de Araraquara data de 1825, com a montagem de um engenho, na sesmária do Ouro, para produzir açúcar e aguardente. Surgem as fazendas mistas que abrigavam o cultivo de cana, criação de gado e cultura de subsistência. O cultivo da cana intensificou-se a partir de 1850.

Ao final do século XIX e início do século XX, ocorreu uma maior diversificação das atividades econômicas, incluindo a produção manufatureira de micro oficinas domésticas voltadas para a produção de bebidas, artigos têxteis, móveis, roupas, chapéus, calçados, perfumaria, torrefação, beneficiamento de algodão e mamona, ferramentas e material de construção.

A economia cafeeira, como principal fonte de riqueza da região e do próprio país, avança até o início do século XX, freqüentemente abalada por profundas crises, com reflexos na vida local e nacional. Da mesma forma que ocorrera com a cultura canavieira, a cafeicultura desencadeou um vertiginoso processo de concentração e valorização da terra, exigência constante de oferta de mão-de-obra, agravada pela decadência do trabalho escravo.

No campo político, a cena foi dominada pelo poder dos coronéis, cuja força perdurou até a Revolução de 1930. O auge da expansão cafeeira na região de Araraquara, no final do século XIX, coincidiu com a crise do trabalho escravo, agravado pelo movimento abolicionista. A necessidade de mão-de-obra foi suprida por trabalhadores nacionais nordestinos e europeus.

O fundamental aspecto da posse exploração da terra, a situação local, era a seguinte: alguns poucos proprietários eram os responsáveis pela maior parte da produção do café, vale dizer, da riqueza (TELAROLLI, 1977).

Na virada do século XIX, Araraquara era considerada uma das mais importantes cidades do oeste paulista. Porém, sua aparência não refletia sua importância. Suas ruas, repletas de afloramento de água e de esgoto, eram irregulares e sem calçamento, sem beleza e sem espaços para lazer (CORRÊA, 1967).

A partir de 1930, com queda da política dos coronéis e o fim da cultura cafeeira, promoveu-se uma redefinição das atividades econômicas regionais. Os cafezais foram erradicados e, aos poucos, substituídos por outros gêneros alimentícios e pela cana-de-açúcar. Com o declínio do café, o cultivo da cana-de-açúcar voltou à cena e dividiu espaço, cada dia mais, com a citricultura.

Na década seguinte, a economia local sofreu transformações com o advento da industrialização. A cidade cresceu além da Igreja Matriz e surgiram muitos bairros nas proximidades do centro e em lugares de difícil acesso.

Em 1960, ao mesmo tempo em que se constituiu como um centro comercial e de serviços, Araraquara firmou-se como um dos principais núcleos nacionais da agroindústria suco- alcooleira e citrícola. Além disso, contava com um parque industrial em ascensão, merecendo destaque os setores de mecânica, metalurgia, têxtil, alimentação, bebida e implementos agrícolas.

A partir da metade dos anos 1980, o município de Araraquara já mostrava suas características atuais. A economia local fortaleceu-se com a economia suco- canavieira e recebeu grande contingente populacional de migrantes de outros estados, especialmente do Nordeste, em busca de emprego nas fazendas e de melhores condições de vida, dada sua localização e facilidades de acesso.

As mudanças nos mecanismos da economia, da cultura e da diversificação dos segmentos sociais ao longo do século XX articularam-se com o modo de fazer e pensar as práticas políticas em Araraquara. Com o declínio da economia cafeeira, muita coisa mudou na política local e a cidade tornou-se mais complexa após os anos do regime militar.

2.2. OS INDICADORES SOCIAIS DE ARARAQUARA

A Morada do Sol, como é conhecida Araraquara, é hoje uma cidade que se destaca por sua qualidade de vida, sua urbanização, arborização, número de praças, jardins, postos de saúde, escolas, creches.

Localizada a 269 km da capital do Estado de São Paulo, encontra-se na Região Central, conhecida como a Califórnia Brasileira. É dotada de um sistema ferroviário privatizado, com serviços prestados pela Ferronorte e Ferrobán, e realiza transporte de cargas para todo o Estado de São Paulo pelas rodovias de acesso Washington Luís,

Anhangüera e Bandeirantes, que possibilitam também contato com diferentes estados brasileiros.

Possui 182 mil habitantes, é sede da 12ª Região Administrativa do Estado de São Paulo e vem preocupando-se com questões de planejamento urbano, preservação ambiental e com o enfrentamento e equacionamento das questões sociais de nosso tempo. Araraquara está na eminência da aprovação de um Plano Diretor moderno, construído com as principais lideranças da cidade e com a Câmara Municipal, adequado ao desenvolvimento sustentável, elaborado a partir dos preceitos da Agenda 21, do planejamento estratégico e participativo.

Ao longo do tempo, construiu sua própria identidade que se manifesta nos costumes, valores éticos e culturais de seu povo. Apesar da industrialização, do progresso, da migração e do aumento das demandas sociais, conseguiu garantir qualidade de vida à maioria da sua população.

A estrutura industrial do município de Araraquara está baseada na agroindústria, com o cultivo da cana e da laranja. A região é responsável por 70% da exportação do suco concentrado de laranja no Brasil. Seu parque industrial destaca-se pelo setor mecânico, metalúrgico, pelos produtos alimentares e pelo vestuário, em especial pelo setor metal mecânico e pela indústria têxtil, com empresas que empregam mão-de-obra intensiva. O comércio e serviços representam, atualmente, 60% da mão-de-obra formalmente empregada no município.

A infra-estrutura de água e saneamento básico é realizada pelo DAAE - Departamento Autônomo de Águas e Esgotos, que atende a 100% da população, por meio da captação de águas superficiais e de poços profundos, com uma Estação de Tratamento de Efluentes para 270 mil habitantes. Em seu espaço subterrâneo, localiza-se o Aquífero Guarani, o maior reservatório de água subterrânea do mundo. Com aproximadamente 90% de cobertura asfáltica, quase todos os bairros periféricos estão servidos de transporte urbano municipal.

Destinando atenção especial à saúde, o município possui quatro hospitais gerais, um hospital psiquiátrico, 14 unidades básicas de saúde, três Programas de Saúde da Família, um Centro de Reabilitação Regional, que atende pessoas portadoras de deficiências e idosos de Araraquara e da região. O Programa de Saúde do Adolescente é desenvolvido por um Centro de Referência, de caráter preventivo e protetor: graças a

esse programa de prevenção, foi reduzido em 20% o indicador de gravidez precoce. O município registra uma das menores taxas de mortalidade infantil do Estado, com 11/1000 n/v, enquanto em outros municípios a taxa varia até 35/1000, conforme os indicadores de pobreza e saúde. Esse excelente indicador social decorre da imunização que atinge 90% da população.

A educação é um dos destaques de Araraquara, que oferece 32 Centros de Educação e Recreação - CERs para crianças de 0 a 6 anos, em regime parcial ou integral para crianças filhas de mulheres trabalhadoras, atingindo um total de 10 mil crianças na pré-escola. O ensino fundamental atinge 99% da população em idade escolar, de 7 a 14 anos. A taxa de alfabetização é de 95%. Nos últimos anos tem sido desenvolvido um Movimento de Alfabetização para Jovens e Adultos, o MOVA, através da Prefeitura Municipal, para pessoas carentes dos bairros periféricos, em parceria com a sociedade civil e com a Associação Comercial e Industrial.

A Secretaria Municipal de Educação, a fim de evitar problemas de evasão escolar e trabalho infantil, desenvolve uma proposta psico-pedagógica em dois Centros de Educação Complementar Municipais - CECs. O trabalho é desenvolvido em parceria com a Fundecitrus, com o atendimento de cerca de 240 crianças, através de atividades sócio-educativas e culturais, na faixa etária de 7 a 12 anos, nos horários inversos à escola de ensino fundamental.

Outros importantes aparatos são os Centros de Atendimento Integral às crianças e aos adolescentes - CAICs, localizados nos bairros do Selmi Dei e Vale do Sol, que atendem crianças e adolescentes de 7 a 14 anos.

Nos últimos anos, tornou-se uma cidade de estudantes universitários, em função dos cursos oferecidos não só pela UNESP, em nível de graduação e pós-graduação nas áreas de Odontologia, Farmácia, Química, Letras, Pedagogia, Ciências Sociais, Economia e Administração Pública, como também pelas faculdades particulares. Destacamos a UNIP, com cursos nas áreas de Humanas, como Psicologia, Pedagogia, Educação Física, Direito, entre outros; a UNIARA, com cursos nas áreas de Exatas, Biológicas e Humanas, como Psicologia, Pedagogia, Direito, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Biomedicina, Farmácia, Arquitetura, Turismo, entre outros, sem contar com a Faculdade Logatti de Engenharia Civil e de Agrimensura.

Outro destaque é a cultura do município que, além de um patrimônio físico e

arquitetônico como o Teatro Municipal, com capacidade para 400 pessoas, tem espaço reservado para artistas e a comunidade, como a Casa da Cultura; o Teatro *Wallace Leal*, o Espaço *Paulo Máscia* para exposições em geral; o Cine Paratodos; a Biblioteca Municipal; a Pinacoteca; o Teatro de Arena, entre outros. Verifica-se que a cidade passa por um avanço na democratização dos espaços públicos culturais, especialmente por meio da implantação de oficinas de dança, teatro, música, artesanato, entre outras, nos bairros empobrecidos de Araraquara, assegurando possibilidades de expressão, dignidade e cidadania às camadas mais populares.

Tabela 7. Indicadores Sociais de Araraquara

UF	SP
Área do município (2000)	1.005,95 km ²
Localização	Latitude Sul: 21° 47'37'' e Longitude Oeste 48° 10'52'' de Greenwich
Clima	Tropical de Altitude
Temperatura média	31°C
População censitária (2000)	182.471
Homens residentes (2000)	88.742
Mulheres residentes (2000)	93.729
População estimada (2003)	189.637
Taxa de crescimento anual estimada (1996-2000)	1,4
Esperança de vida ao nascer (2000)	72,166
Coeficiente de mortalidade infantil (2002)	11/1000 NV
Classificação na Unidade da Federação	33
Índice de Desenvolvimento do Município (IDH-M)	0,830
Classificação nacional (IDH-M)	133
IDHM Longevidade	0,786
IDHM Educação	0,915
IDHM Renda	0,789
Renda per capita	441,875
Investimento municipal (2002)	13.930.909,31
Despesa total (2002)	161.718.612,16
Receita pública municipal prevista (2003)	162.923.800,00

Cesta básica (agosto/2003)	238,71
Arrecadação do ICMS (2002)	46.520.981,79
Receita orçamentária total (2002)	153.174.089,08
Taxa de alfabetização de adultos	0,948
Taxa bruta de frequência escolar	0,850
Hospitais (2000)	4
Leitos hospitalares (2000)	755
Nº de eleitores (2000)	117.956
Agências bancárias (2000)	21
Valor do Fundo de Participação dos Municípios (2000)	9.590.725,74
Valor do Imposto Territorial Rural (ITR)	143.632,92
Posição no ranking nacional de municípios para investimentos (Revista Exame/2003)	51

Fonte: Censo IBGE-2000 / PNUD/ IPEA / Unesp/FCLAr.

A Tabela acima complementa e ilustra o conceito de qualidade de vida que hoje caracteriza o município de Araraquara em diferentes áreas, comprovando sua importância no cenário nacional por seus indicadores de Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de longevidade, educação e renda.

Quando comparada a outros municípios brasileiros, especialmente aqueles localizados na Região Nordeste do país, onde os índices de mortalidade e saneamento básico são inaceitáveis e a qualidade de vida é indigna e humilhante, pode ser considerada uma das melhores cidades para se viver e morar no país.

2.3. METAMORFOSE SOCIAL

Respondendo às novas realidades e às mudanças sócio-econômicas do momento, Araraquara teve uma expansão horizontal e populacional em função do êxodo rural verificado em todo o país. Houve aumento da pobreza por causa do número de famílias que migraram para cá, em busca de melhores condições de vida e de oportunidade de emprego e de trabalho nas fazendas de laranja ou nas usinas de cana. Acentuaram-se as relações de trabalho temporário, sem registro em carteira, sem direitos trabalhistas garantidos. Essas famílias, que acabaram por fixar-se no “Campos de Araraquara”, vinham de outros Estados, como Minas Gerais, Pernambuco e Paraná e encontravam

aqui respostas para algumas expectativas de vida, comparativamente com a seca e a fome do Nordeste.

Nas décadas de 1960 e 1970, a cidade verticalizou-se, concentrando, na região central, os serviços públicos, comércio, atividades bancárias, escolas, serviços de saúde e espaços culturais.

Nos anos 1980 e 1990, o poder público idealizou grandes investimentos na área de educação e saúde para responder às demandas que surgiam e dar conta das pressões populares por serviços públicos, como escolas, creches e postos de saúde. A idéia era implantar equipamentos e ações básicas, combinando educação e saúde nos bairros populosos, distantes e pobres. Para cada creche construída haveria uma escola estadual de ensino fundamental e um posto de saúde municipal para atender famílias e crianças. Inicialmente, foram implantados sete projetos modelos e mais tarde, surgiram os demais. Administradores e prefeitos que se sucederam cumpriram o plano e conseguiram obter, desta forma, ao longo do tempo, bons indicadores para a cidade.

Hoje, Araraquara, embora desprovida de favelas, possui muitos vazios urbanos, com bairros distantes do centro que nos lembram áreas rurais empobrecidas. Essas áreas, frutos de especulação imobiliária, eram antigas fazendas e chácaras que foram loteadas e vendidas a baixos custos e sem infra-estrutura. O poder público, com dificuldades e a preços altíssimos, conseguiu resolver alguns dos entraves no processo de saneamento básico e outros serviços de infra-estrutura. Porém, a periferia ainda requer investimentos e implantação de políticas públicas básicas.

A população economicamente ativa hoje, mais do que nunca, se ressentida dos reflexos da economia globalizada, com a flexibilização do mercado, as mudanças e precarização das relações de trabalho, a privatização dos serviços e a exigência de mão-de-obra especializada. Como consequência direta, há um aumento do número de trabalhadores em busca do mercado informal, em busca da garantia de alguma condição de sobrevivência, minimizando o desemprego e a pobreza.

É preciso ter claro que a exclusão social está intimamente ligada à negação de direitos na trama das relações sociais... Trata-se, na verdade, de uma privação mais complexa do que a simples pobreza: evolui no tempo e no espaço (POCHMANN, 2003).

Atualmente, a cidade vem enfrentando aumento dos indicadores de criminalidade e violência urbanas e familiares, falta de opções de trabalho para jovens e adultos com formação profissional, verificando-se um agravamento generalizado das questões sociais. O poder público e a sociedade civil organizada têm trabalhado muito para acudir às demandas e encontrar novas formas de ruptura desse processo de exclusão social.

Se estudarmos a história política e social do Município de Araraquara, verificaremos que ela se confunde com o assistencialismo e com as práticas tuteladoras desenvolvidas no Brasil, como forma paliativa de amenizar as questões sociais. Durante anos, as entidades sociais surgiram, apoiadas pela Igreja Católica e organizaram-se para atender segmentos populacionais distintos, com ações dispersas de benemerência, determinadas pelas pessoas que compunham as diretorias da entidade, como alternativa para aplacar a pobreza e as nefastas conseqüências do regime capitalista e de uma sociedade enraizada na cultura da cana e da laranja.

No poder público municipal, a assistência social surge como política social em 1982, de forma mais sistematizada, época marcada pelos movimentos sociais que reivindicavam melhorias e serviços públicos.

Inicialmente, esteve vinculada ao Departamento de Saúde, ocasião em que foram elaborados os planos que articularam e integraram saúde e educação nos bairros da periferia.

Enquanto prática caritativa, o município já contava com inúmeras entidades filantrópicas que prestavam atendimento fragmentado a idosos, andarilhos e migrantes, crianças etc.(vide em anexo *Entidades Sociais*). Em sua maioria, recebiam verbas federais por meio da LBA e/ou por boa vontade política de algum deputado.

A atuação do Serviço Social, inicialmente, foi junto aos Postos de Saúde dos bairros, atendendo a nível interdisciplinar. A Secretaria Municipal de Assistência Social foi criada mais tarde, em 1996 e, a partir de então, o trabalho social ganhou enfoque diferenciado, formulando políticas e parcerias com a sociedade civil.

Com o advento da LOAS em 1993, surgem propostas como a municipalização da Assistência Social como política pública, a criação dos Conselhos Municipais, a regulamentação do Fundo Municipal de Assistência, a gestão plena, que acabaram por

representar para a cidade, um grande avanço na descaracterização da prática assistencial.

A partir de 1999, o município pode identificar, acompanhar e fiscalizar as entidades sociais e as prestadoras de serviços, firmar convênios e estabelecer políticas sociais de acordo com as diretrizes federais, estaduais e municipais.

Se, por um lado, ocorreram muitos avanços, por outro, há muito a ser construído, pois as políticas sociais ainda não respondem às reais necessidades da população, que urge por emprego, renda, oportunidade, dignidade e cidadania.

A assistência só tem efetividade em nível local, quando articula o conjunto de programas e ações sociais destinadas ao coletivo dos usuários definidos pelo micro território em que habitam (SPOSATI, 1990).

A participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas fortalece o poder local, na medida em que a luta é consagrada no campo das necessidades e demandas comunitárias. Essas ações interventivas devem promover a inclusão, por meio da garantia da universalidade e da gratuidade.

A Política de Assistência Social, no campo do direito e da seguridade social está normatizada, porém, retomando a Prof^a Aldaíza Sposati, “o que está proposto não está posto”, portanto, há um longo caminho a percorrer.

Em Araraquara, por exemplo, ainda não há diagnósticos ou pesquisas sociais que nos apontem a realidade e a medida da questão social. Recentemente, a Secretaria Municipal e o Conselho de Assistência Social, durante um treinamento para conselheiros, realizaram um mapeamento da violência, em conjunto com o Instituto de Estudos Especiais - I.E.E. Esse estudo preliminar permitiu, na análise da situação de violência registrada no município, direcionar fatores protetivos, com projetos de apoio e fortalecimento dos vínculos comunitários e sociais.

Os principais problemas sociais na atualidade de Araraquara são o desemprego, a violência crescente, o uso de drogas, a migração e a insuficiência de políticas para responder às demandas da criança, do adolescente e das famílias em situação de risco eminente.

Em recente estudo realizado pela Fundação SEADE, que deu origem ao Indicador Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), identificou-se bolsões de pobreza

em Araraquara. A pesquisa confirmou o contraste entre pobres e ricos gerados pelo processo de mudança no sistema produtivo e pelo processo migratório de populações do Nordeste para o Sudoeste (BRAZ, 2004).

Araraquara, segundo a pesquisa, ainda encontra-se em uma situação confortável em relação a grandes centros urbanos, mas a identificação de bolsões de pobreza e de segregação espacial preocupa e contribui para o aumento de padrões de desigualdade, pois tem influência direta nas condições de vida das populações pobres.

As áreas de vulnerabilidade muito alta são: Jardim Ieda e Esplanada, Parque das Hortênsias, Jardim Cruzeiro do Sul, Parque São Paulo, Jardim Adalberto Roxo e Águas do Paiol. As áreas de vulnerabilidade alta são: Jardim Pinheiros, Zavanela e III Distrito Industrial, Portal das Laranjeiras e Cociza.

Tabela 8. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

Araraquara	Nenhuma	Muito	Baixa	Média	Alta	Muito	Total
		baixa				Alta	
População	7.127	84.138	45.021	22.325	15.446	7.184	181.241
População %	3,9	46,4	24,8	12,3	8,5	4,0	100,00
Rendimento médio em R\$ em Julho 2000 %	2.325	1.192	813	473	507	355	985
Responsável com renda até 3 salários mínimos %	14,1	32,6	39,4	59,6	61,7	74,5	40,3
Distribuição da massa de rendimentos	10,3	59,0	20,0	5,5	4,0	1,3	100,00
Responsável com idade entre 10 a 29 anos %	12,0	7,4	13,7	23,0	12,6	25,5	11,9
Crianças de 0 a 4 anos no total nas residências	6,7	4,9	7,7	10,8	7,7	11,6	6,9
Responsáveis com ensino fundamental %	82,4	52,9	49,6	36,8	25,2	19,4	48,2
Mulheres responsáveis%	23,0	27,9	21,4	23,2	19,3	20,0	24,6

Fonte: SEADE/Censo 2000.

Para medir a vulnerabilidade, o SEADE combinou as dimensões sócio-econômicas e demográficas, a renda familiar, o nível de escolaridade. Quanto menor a renda e a presença de crianças nas famílias, maior a vulnerabilidade. Conclui-se que 12,5% da população vivem em áreas de vulnerabilidade.

No aspecto massa salarial, verifica-se a comprovação de imensa desigualdade. As famílias são compostas por jovens; menos de 12% têm 29 anos e, em média, os chefes de família têm 47 anos e renda irregular, o que implica, hoje, em políticas públicas para fortalecer os vínculos das famílias mais jovens para e promover sua sustentabilidade e emancipação. Outra implicação, futura, é a necessidade de políticas capazes de dar conta do aumento dos idosos no município. O poder público precisa investir nas áreas de maior vulnerabilidade em habitação, infra-estrutura, equipamentos e serviços públicos.

De modo geral, no que concerne às políticas destinadas aos portadores de deficiência e aos idosos, observa-se uma crescente tomada de consciência e maior participação da população e da sociedade civil no combate ao preconceito; porém, apesar dos atendimentos nas áreas de saúde, transporte, educação e assistência terem sido ampliados e melhorados, ainda são insuficientes para atender estes segmentos com dignidade.

2.4. REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL DE ARARAQUARA

O município recebe repasse de recursos financeiros na ordem de R\$ 258.254,16 (duzentos e cinquenta e oito mil, duzentos e cinquenta e quatro reais e dezesseis centavos) do governo Federal e de R\$ 586.740,00 (quinhentos e oitenta e seis mil, setecentos e quarenta reais) do governo estadual. O orçamento municipal na área de Assistência Social é de 2,74% do orçamento do município, o que corresponde a aproximadamente três milhões de reais.

Araraquara está em gestão plena desde 1999 e possui uma rede de entidades conveniadas prestadoras de serviços na área da infância, adolescência, idosos e PPD em meio aberto e em abrigo. Para efeitos de ilustração e caracterização dessa rede de programas e projetos, relacionamos a seguir as principais ações da Política Social de Araraquara, composta por 32 entidades com registro no Conselho Municipal de

Assistência Social - CMAS, com mais de 80 entidades prestadoras de serviços sociais (vide em anexo relação de entidades cadastradas no *Comitê da Cidadania*).

2.3.1 Programas de atenção às famílias, crianças e adolescentes, migrantes e moradores de rua

a) Serviços Assistenciais

Cadastramento e atendimento de 14.700 famílias pela Secretaria Municipal de Assistência Social, por meio de cestas básicas, passes, transporte interurbano para tratamento de saúde, obtenção de leite, orientações, encaminhamentos etc.

b) Atenção à família

b₁) Programas em parceria com Governo Estadual. O Programa Renda Cidadã é realizado por intermédio do atendimento a 165 famílias, através do repasse de recursos financeiros e atividades sócio-educativas.

b₂) Programas em parcerias com o Governo Federal são operacionalizados por meio da transferência de renda a 1351 famílias: no Programa Bolsa Escola, 846 famílias atendidas, Programa Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, CPFL Baixa Renda, entre outros.

b₃) Programa Municipal de Descentralização da Assistência Social: foram criados cinco Centros Municipais de Assistência Social, em bairros distantes e excluídos dos serviços públicos, com atendimento a famílias, adultos, crianças, adolescentes e idosos. São realizados encaminhamentos, entrevistas, atendimentos emergenciais, palestras preventivas, atividades de geração de renda, cursos e grupos de convivência. Para tanto, foram estabelecidas parcerias entre as políticas públicas de saúde, educação, cultura e esporte.

Projeto Frentes da Cidadania: Houve oferta de trabalho temporário à população sem qualificação profissional, em situação de desemprego, com encargos familiares e outros indicadores de vulnerabilidade social. Acompanhamento das políticas setoriais com cursos de qualificação para o trabalho e apoio sócio-familiar.

Projeto Jovem Cidadão: é destinada uma bolsa-estágio, no valor de R\$ 200,00, a alunos do ensino médio e alunos do ensino superior oriundos de famílias de baixa renda. Foi realizada, para implementação do projeto, uma parceria com o SENAC de Araraquara.

c) Atendimento ao migrante e ao morador de rua

Programa de atendimento ao migrante, itinerante e ao morador de rua. Equipamento denominado *Casa Transitória*, com desenvolvimento de atividades de repouso, alimentação, higiene, fornecimento de passagens para municípios da região, orientações sócio-educativas e encaminhamentos médicos e sociais. Atendimento de 500 pessoas/mês.

d) Atenção à criança e ao adolescente

Programa AABB Comunidade: em parceria com o Banco do Brasil, para o atendimento de 120 crianças e adolescentes oriundos de famílias em situação de desemprego ou baixa renda, em período parcial, com oficinas pedagógicas e artísticas e a prática de esportes. Houve interface com as políticas de educação, saúde, cultura e esporte.

Programa Municipal de Abrigo Provisório Infanto-Juvenil: para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco, ou vítimas da violência e maus tratos, sob a orientação dos Conselhos Tutelares I e II.

e) Atenção à criança de 0 a 6 anos

Parceria com a sociedade civil. Atendimento em regime parcial e integral aos filhos de mães trabalhadoras, oriundas de famílias de baixa renda e/ou monoparentais, por meio das entidades sociais, com repasses de recursos financeiros do governo federal para a Sociedade Beneficente Obreiros do Bem, Associação Beneficente São José, Centro Comunitário Nossa Senhora do Carmo, Sociedade Beneficente Mestre Jesus. Total de crianças atendidas no programa: 280.

f) Atenção à criança e ao adolescente em meio aberto

Parceria com a sociedade civil. Atendimento a crianças e adolescentes, em meio aberto, na faixa etária de 7 a 14 anos, com repasses de recursos financeiros estaduais, para o desenvolvimento do *Projeto Espaço Amigo* nas seguintes entidades sociais: Lar Rita Maria de Jesus, Lar Juvenil, Lar Nossa Senhora das Mercês, SABSA, CEPROESC, Lar Escola Redenção. O número de atendidos é de 537 crianças e adolescentes em regime complementar à escola, com atividades sócio-educativas.

g) Atenção à criança e ao adolescente em abrigo

Parceria com a sociedade civil. Atendimento, em regime de abrigo, para 113 crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 18 anos, em situação de abandono familiar

ou violência, com repasses de recursos federais, estaduais e municipais para as entidades sociais: Liga de Assistência Cristo Rei, Casa Betânia, Lar Juvenil, Lar da Criança Renascer.

2.3.2. Programas de atenção ao PPD e ao idoso

a) Assistência Social

a₁) Atenção ao idoso em abrigo: parceria com a sociedade civil. Atendimento, em abrigo, de 184 idosos em situação de abandono, abrigados nas entidades sociais: Vila Vicentina, Lar Otoniel de Camargo e Asilo de Mendicidade, com repasses de recursos financeiros do governo estadual e federal.

a₂) Atenção ao PPD em abrigo: parceria com a sociedade civil. Atendimento, em abrigo, de 82 portadores de deficiência física, mental e auditiva, em situação de abandono familiar, com repasses de recursos estaduais às entidades sociais: Lar Nosso Ninho e Instituto dos Cegos Santa Luzia.

a₃) Atendimento ao PPD meio aberto: parceria com a sociedade civil. Atendimento a 437 portadores de deficiência física, mental e visual, por meio de repasse de recursos financeiros do governo federal às entidades conveniadas: UDEFA, APAE, Para DV.

a₄) Projeto de Informática como instrumento de inclusão: estabelecimento de parcerias entre o município e escolas de informática para a realização de cursos profissionalizantes, destinados aos portadores de deficiência auditiva.

a₅) Programa do governo federal denominado BPC: municipalização dos processos de encaminhamento e de revisões do BPC, por meio de parcerias entre a Secretaria de Assistência Social e o INSS. Foram concedidos, até maio de 2003, 1072 benefícios para pessoas idosas e deficientes. Até o momento, foram efetuadas 748 revisões, em três etapas distintas.

b) Conselhos Municipais

Conselho Municipal do Idoso e Conselho Municipal do Portador de Deficiências.

c) Saúde

c₁) Centro Regional de Reabilitação: atendimento de saúde especializado, destinado a idosos e pessoas portadoras de deficiências de Araraquara e região. É realizado por uma equipe multidisciplinar no atendimento em gereontologia, psiquiatria,

neurologia, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem, educação física, terapia ocupacional, psicologia e serviço social. O trabalho é ambulatorial, grupal e domiciliar e é altamente qualificado, porém apresenta dificuldades em responder à procura por serviços.

c₂) Unidades Básicas de Saúde: Atendimento ambulatorial individualizado, com serviços médicos de clínica geral e enfermagem, realizado em treze unidades de apoio localizadas nos bairros da periferia. Há fornecimento de medicações, vacinação e encaminhamentos para atendimentos especializados.

c₃) Núcleo de Gestão Assistencial 3: antigo posto do INSS, municipalizado. Esse núcleo presta atendimento individualizado, por meio de clínicas diversas, fornecimento de medicação, cirurgias e outros atendimentos, fora do domicílio, que se fizerem necessários.

d) Educação

A APAE presta atendimento a 332 portadores de deficiência, com atividades de psico-pedagogia, oficinas protegidas, musica, teatro, artes. As clínicas especializadas em fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e serviço social, funcionam concomitantemente.

Na Secretaria Municipal de Educação foram criadas 13 classes de atendimento especializado às crianças portadoras de deficiências, na faixa etária de 7 a 14 anos.

e) Lazer e convivência: Inicialmente, os grupos de terceira idade foram surgindo com o apoio do Sistema S: SESI, SESC, SENAC. Hoje o município conta, além desses, com mais sete grupos de idosos com atividades de cultura, lazer e esportes: Grupo do Santa Angelina, Grupo Morada do Sol e os Grupos Reviver, do Selmi Dei, Reencontro, do Yolanda Ópice, Grupo Alegria e Grupo da Amizade.

f) Transporte: *A Companhia Troleibus de Araraquara - CTA*, é uma companhia mista, de transporte municipal, que desenvolve políticas de atenção ao idoso e à pessoa portadora de deficiências, oferecendo ônibus urbano gratuito aos portadores de deficiência e idosos, mediante laudo médico e documentação. Oferece ainda uma Perua Van, para o transporte gratuito dos portadores de deficiências que são usuários de cadeiras de rodas, mediante cadastramento, apresentação de carteirinha e agendamento prévio, para serviços médicos e de fisioterapia.

Para finalizar, concluímos que, diante dos recursos institucionais e financeiros e da demanda atendida, há ainda muito a ser construído. Embora a rede de prestadores de serviços sociais seja bem estruturada e a Assistência Social venha se empenhando na formulação de políticas alternativas à questão social, existem três aspectos a serem destacados nesse momento: o primeiro, é o combate ao clientelismo e ao paternalismo, em favor da assistência como uma política efetiva de direitos. O segundo, é a necessidade de conhecer e dimensionar objetivamente as interfaces da questão social em Araraquara. O terceiro, é o redimensionamento do trabalho, articulando e mobilizando a sociedade civil nesse projeto, criando espaços e canais de participação, de formulação de programas e projetos, de busca por maiores investimentos e parcerias.

A questões sociais presentes nas comunidades brasileiras não são fáceis de serem resolvidas porque são estruturais e, ao mesmo tempo, não são novas, remontam ao Brasil colônia. A professora Aldaíza Sposati, ao realizar uma pesquisa em 1996, concluiu que a exclusão social é uma situação coletiva:

Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Esta situação coletiva é que se está entendendo por exclusão social. Ela inclui pobreza, discriminação, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação pública (SPOSATTI, 1996).

A globalização modificou o conceito da questão social. Sua definição não é mais aquela da privação de recursos materiais essenciais à satisfação das necessidades básicas. Para CASTELL (2001), a globalização trouxe nos os desfiliaados, uma nova exclusão, cujo conceito vai muito mais além. São categorias que tomam forma e lugar nos desempregados de longa duração, nas mulheres sem emprego, trabalhadores temporários etc. Argumenta que a questão social passa pelo filtro da historicidade se constrói entre a coesão e o conflito.

Não diz respeito apenas a quem, de um modo ou do outro, foi atingido pelas novas formas de desemprego ou de precarização, aos novos inúteis do mundo, aos inempregáveis, aos que se localizaram nas margens da sociedade salarial e social que está igualmente em discussão, isto é, a própria natureza dos laços e vínculos que constituem o seu núcleo (CASTELL, 2001).

Está posto o grande desafio para os atores sociais: ampliar a compreensão sobre as questões sociais, realizar a leitura implícita, procurar estabelecer nexos de sentido, atuar e ampliar possibilidades e transformar a nova realidade.

CAPÍTULO III

O BPC COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO

Atualmente, os municípios brasileiros passam por um período de profundas transformações, que tiveram início com a promulgação da Constituição Federal em 1988, ao buscar um novo papel para o poder público por meio da política de descentralização e municipalização. Na área social, a inovação foi à implantação da LOAS, que estabelece o sistema descentralizado e participativo, constituído por elas entidades e organizações de assistência social em seus respectivos níveis: federal, estadual e municipal e que devem funcionar de maneira complementar e cooperativa.

O sistema descentralizado caracteriza-se por um conjunto orgânico de ações articuladas por meio das comissões intergestoras, com o apoio e a participação da sociedade civil, através dos Conselhos Municipais. O sistema é composto pela rede prestadora de serviços assistenciais voltadas ao atendimento das necessidades da população. O município, pela via do processo de descentralização, deve enfrentar o desafio de formular uma política social respeitando os princípios e o direcionamento do sistema participativo, formulando programas e projetos que atendam às reais demandas comunitárias, esforçando-se para combinar municipalização, participação e direito à cidadania.

Segundo o Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2001), a política de Assistência Social deve considerar como seus destinatários os segmentos populacionais involuntariamente excluídos das políticas sociais básicas, das oportunidades de acesso ao trabalho, bens e serviços produzidos pela sociedade, das formas de sociabilidade familiar, comunitária e societária, destacando como prioridade os grupos populacionais que se enquadrem em condições de vulnerabilidade, como crianças de zero a cinco anos, crianças e adolescentes em situação de risco, mulheres, portadores de deficiências e idosos, vítimas de maus tratos, abuso, exploração, abandono, desagregação familiar ou desvantagens pessoais resultantes de deficiências e incapacidades, moradores de rua e migrantes, dependentes químicos, entre outros.

O presente estudo refere-se a uma avaliação do Programa Federal de Renda Mínima, hoje municipalizado, denominado Benefício de Prestação Continuada, assegurado pela Constituição Federal, regulamentado pelo artigo 20 e 21 da LOAS, que

destina um salário mínimo mensal às pessoas portadoras de deficiências e aos idosos, a partir de 65 anos, que sejam incapacitados para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família, cuja renda *per capita* familiar seja de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente.

O BPC, embora constitucionalmente estabelecido em 1988 e regulamentado em dezembro de 1993 pela LOAS, só foi efetivamente implementado em janeiro de 1996, por meio das primeiras concessões e pagamentos efetuados.

A concessão do benefício realiza-se por meio dos indicadores sociais de renda e pela avaliação médica pericial realizada pelo Instituto Nacional de Serviços Sociais - INSS. A principal característica do benefício é ser uma pensão mensal não-contributiva, ou seja, para ter o direito não é necessário ter contribuído.

Tal direito pode ser solicitado pelo beneficiário, ou seu representante legal, diretamente nas agências do INSS, ou pela Secretaria de Municipal Assistência Social. Segundo o decreto 1.744 de 8/12/95, art.32, tornou-se o INSS o responsável pela operacionalização do benefício (BRASIL, LOAS, 2002).

O benefício é pago de forma continuada, por meio de cartão magnético e constitui-se numa transferência direta de renda, com a finalidade de assistir àqueles vitimizados pela idade, pela deficiência e pela pobreza. Cumprindo o artigo 21 da LOAS, os benefícios devem ser revisados de dois em dois anos. O processo de revisão foi implantado a partir de 2000, por meio das parcerias com Secretaria Nacional de Assistência Social - SEAS, o Instituto Nacional de Serviços Sociais – INSS e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social em gestão plena.

A revisão do benefício é um processo que garante uma avaliação social adequada, realizada por um assistente social, por meio de um levantamento completo das condições que deram origem ao mesmo. São colhidas informações relativas à renda, óbito, localização e atualização do endereço, há a necessidade de perícia, que definirá a suspensão, cessação ou a manutenção do benefício.

Destaca-se aqui a importância do papel do assistente social no BPC, pois é somente ele, como profissional habilitado da área, que poderá dizer se aquele benefício deverá ser mantido, por meio do diagnóstico social, que informa se as condições que deram origem ao mesmo permanecem ou não. Além disso, no caso do portador de deficiências, o profissional poderá pedir outro exame médico pericial, por meio do

preenchimento do instrumental de coleta de dados, enviado posteriormente ao INSS regional e à Secretaria Estadual de Assistência Social. Pela primeira vez, para a concessão do BPC, valoriza-se a assinatura do profissional e seu parecer técnico.

Na Secretaria Municipal de Assistência Social de Araraquara, cidade onde este estudo foi realizado, a municipalização dos serviços e programas iniciou-se em 1997, com os primeiros repasses de recursos do Estado; mas o BPC com recursos da União, só foi municipalizado a partir de 2000. A primeira revisão aconteceu neste ano, a segunda, em 2001 e a terceira, em 2002. Já foram revisados 749 casos do total de 1076 beneficiários no município, até dezembro de 2002, segundo dados do Ministério de Promoção e Assistência Social (BRASIL, 2003).

Há uma necessidade de estabelecer e uniformizar procedimentos operacionais na revisão do BPC, sob a orientação da gerência nacional de Brasília. Para a implementação, estruturação e acompanhamento do BPC, foram criados e constituídos grupos de coordenação, chamados de GI no nível nacional, GII no nível estadual e GIII no nível regional e local; cada um apresenta uma competência definida pela portaria 3.464 de 27 de setembro de 2001, emitida pelo INSS, no uso de suas atribuições legais, conferidas pelo o artigo 39 do Regimento Interno do referido órgão.

3.1. JUSTIFICATIVA

Desde a segunda revisão do BPC no município, em 2001, esta pesquisadora vem coordenando o trabalho, vindo a compor, em agosto de 2002, junto à agência regional do INSS, o Grupo III, de coordenação local das avaliações das ações administrativas, médicas periciais e de avaliações sociais da revisão.

O interesse pelo assunto surgiu desde os primeiros treinamentos realizados pelo governo estadual em 2001, para qualificar os técnicos a fim de sistematizar a municipalização da revisão. Os problemas e distorções na concessão dos primeiros benefícios, que eram concedidos por juízes e delegados de polícia, na implementação e na municipalização, revelados nos relatórios das assistentes sociais e as dificuldades de ordem técnica e operacional concorreram para a decisão dessa pesquisadora em aprofundar estudos na área. Sem contar que, durante o processo, surgem obstáculos de toda natureza, como o enfrentamento da desinformação dos beneficiários, das assistentes sociais e da população de modo geral. Não se discute a importância que essa

transferência de renda tem para a manutenção e sobrevivência da família de baixa renda de idosos e portadores de deficiências e não existem dados no município sobre o assunto que nos permitam uma investigação do aproveitamento dos recursos auferidos pelo BPC. A medida da inclusão do beneficiário nos programas sociais, portanto, não é avaliada.

O estudo em questão propôs, portanto, a realização da análise de casos de benefícios revisados pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Araraquara, no período de 2000 a 2002, totalizando três revisões, com a finalidade de conhecer a realidade dos destinatários dessa política, investigando os impactos sociais dela resultantes. A proposta consistiu-se na elaboração de um diagnóstico relativo às condições de vida dos beneficiários, visando o entendimento de suas necessidades e prioridades pós-concessão dos benefícios, das dificuldades dos gestores da política na implementação de sua operacionalização, fato que oportunizará uma ampliação da reflexão desta pesquisadora sobre a efetividade dos direitos sociais.

A temática em estudo tem relação direta com o interesse e a práxis profissional da pesquisadora que, em decorrência de sua atuação como coordenadora técnica da Secretaria Municipal de Assistência Social no acompanhamento das revisões, realizadas em três etapas, supervisionando uma equipe com seis assistentes sociais em suas principais dificuldades e conquistas. Considerando a experiência adquirida no processo, o trabalho justifica-se como altamente relevante, pois permitiu aprofundar os conhecimentos na área de atuação, trazendo contribuições para a categoria profissional dos assistentes sociais, revelando avanços e desafios a partir dos problemas enfrentados na implantação do BPC no país.

É preciso estudar, registrar, discutir e apreender a operacionalização do Programa Benefício de Prestação Continuada, também conhecido como LOAS 88 e 87, diagnosticando como foi implantado, o entrave decorrente das questões administrativas e burocráticas; a importância das lutas sociais dos idosos, deficientes ou da categoria profissional dos assistentes sociais nesse processo, bem como é preciso entender o impacto da transferência de renda na vida das pessoas.

A experiência da municipalização do BPC em Araraquara, uma das pioneiras nesse processo, pode trazer subsídios importantes para estudarmos, cientificamente, por meio da pesquisa social, seu surgimento e seu desenvolvimento, obtendo resultados

capazes de contribuir para a Assistência Social, entendida enquanto política pública, que precisa se instrumentalizar na formulação de ações voltadas ao direito e a proteção social.

A realização da pesquisa, seus objetivos, métodos e resultados serão aqui expostos mediante discussão, análise e conclusão, realizando inferências a partir dos conteúdos e teorias discutidas anteriormente.

Na apresentação dos resultados da pesquisa, momento que será analisada a trajetória da implantação do BPC no município de Araraquara, analisaremos a situação dos beneficiários pós-concessão; lacunas ou progressos do programa em relação a sua efetividade, universalidade e proposta de inclusão social.

3.2.OBJETIVOS

a) Geral: Estudar e diagnosticar problemas que possam interferir no processo de inclusão social de idosos e portadores de deficiências, contribuindo para reflexão e transformação do programa em instrumento de direito e de cidadania.

b) Específicos: Criar novas formas de intervenção que possibilitem efetiva inclusão social dos beneficiários; conhecer a realidade psicossocial de pessoas idosas e portadoras de deficiência do BPC e contribuir para o processo de municipalização.

3.3. SUJEITOS DA PESQUISA

60 Beneficiários do BPC e suas famílias (2000-2002).

3 Gestores do Programa em nível regional e estadual .

3.4. PROBLEMATIZAÇÃO

Desde o surgimento do BPC, foram muitos os entraves decorridos em sua implantação e implementação. Embora estivesse previsto na Constituição de 88, o benefício só foi regulamentado por meio da LOAS, em 1993. Os órgãos gestores do benefício, a Previdência e Assistência Social, enfrentaram problemas relativos a sua implementação, o que resultou em dúvidas e distorções nos critérios de concessões e na operacionalização das revisões. Não estavam definidas as competências de cada um e como o processo aconteceria nos estados e municípios.

No início do programa houve muitos benefícios concedidos de forma indevida e por organismos como Fórum, Delegacias, Escritórios, que não tinham nada a ver com a Política de Seguridade Social. Os benefícios eram, inicialmente, concedidos de forma assistencial e individual, segundo a percepção do profissional que atendia o caso, sem critérios e procedimentos claros e padronizados.

Para sistematizar o processo combatendo o empiricismo, o assistencialismo, a política e as distorções nas concessões indevidas, a Previdência e a Assistência Social realizaram vários encontros de qualificação com técnicos do INSS, médicos e com assistentes sociais nos Estados e nos municípios, para equacionar parte dessas dificuldades.

Entre 2000 e 2001, a proposta de municipalização concorreu para melhorar este quadro e garantir qualidade e efetividade ao serviço. Foram realizados, pelas Secretarias de Estado da Assistência Social, treinamentos de equipes de assistentes sociais dos municípios, que seriam responsáveis pelas primeiras revisões dos primeiros benefícios concedidos. A preocupação principal era corrigir injustiças e as distorções, suspendendo ou mantendo benefícios, por meio de visitas e preenchimento de instrumental, verificação de necessidade de perícia médica e laudo social.

Diante do exposto e da experiência conquistada nas revisões realizadas até o momento, pesquisamos como é desenvolvido o programa, se ele está atingindo os objetivos propostos, a análise das condições de vida de seus beneficiários o levantamento da utilização dos recursos recebidos as dificuldades enfrentadas no momento e principalmente, de que forma o BPC está concorrendo ou não para o processo de inclusão social.

3.5. METODOLOGIA

Considerando a definição de MINAYO (1998), "a metodologia é o caminho do pensamento, é a prática exercida na abordagem da realidade, para garantir os objetivos propostos, bem como evidenciar a hipótese do trabalho".

Nessa proposta de pesquisa, a preocupação foi analisar os impactos do BPC, levantar indicadores de eficiência e eficácia do Programa, identificando possibilidades e dificuldades no processo de inclusão.

Definido o objetivo geral da pesquisa, a escolha do procedimento metodológico

mais adequado se fez necessária para a busca de respostas ao problema encontrado. Foram utilizadas as três modalidades de pesquisa:

a) Documental: por meio de consultas de materiais, estatutos, códigos, decretos, leis e outros;

b) Bibliográfica: por meio de leituras de livros, artigos, dissertações, teses, jornais e outras literaturas direcionadas para a temática e

c) Campo: aplicada diretamente no campo que correspondeu ao universo da pesquisa, junto aos beneficiários do BPC e aos gestores do benefício.

A metodologia científica indicou duas grandes abordagens: a quantitativa e a qualitativa. Por meio da abordagem quantitativa, obtêm-se expressões lógicas, representadas por números, equações médias, percentuais, gráficos estatísticos. A abordagem quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas mais simples, o cálculo do percentual (RICHARDSUM, 1999).

A abordagem qualitativa adentrou na complexidade dos problemas ou questões estudadas quando, ao analisar a interação de certas variáveis e a dinâmica de grupos sociais, conseguiu absorver para a investigação os domínios não quantificáveis.

A pesquisa qualitativa respondeu a questões muito particulares. Ao se preocupar com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondeu a um espaço mais profundo das relações, dos programas e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1998).

O presente estudo adotou a abordagem quanti-qualitativa ao pretender, na investigação, apropriar-se de dados relevantes que não puderam ser representados somente em números, como as reações humanas e as inter-relações sociais não quantificáveis, levantada estatística e numericamente. Por meio da abordagem quanti-qualitativa, o pesquisador pode interpretar os movimentos que compõem as realidades estudadas, tendo com parâmetro as bases estatísticas levantadas.

O universo da pesquisa consistiu nas três revisões realizadas compreendidas entre o período de 2000 a 2002, 748 benefícios, representando uma amostragem aleatória significativa de 8% do universo. Foram utilizados instrumentais, como as entrevistas estruturadas, agregando perguntas abertas e fechadas, para a investigação das

famílias. Os sujeitos da pesquisa que foram investigados compõem-se de 60 famílias beneficiárias. Foram entrevistados os responsáveis pelos idosos ou portadores de deficiências, pai ou mãe, filho ou filha, procurador ou tutor legal, quando eles não possuíam condições de responder legalmente por seus atos, devido a deficiências, seqüelas de doenças, velhice ou invalidez.

A amostragem da pesquisa foi do tipo aleatório e adotou-se um critério que respeitasse a representatividade e os dados significativos da realidade investigada. A divisão da amostra por segmento de beneficiários foi de 50% de idosos e 50% de portadores de deficiências, totalizando uma amostra de 60 beneficiários. Essa classificação foi adotada para preservarmos o contexto em que cada benefício foi concedido e para estudarmos as influências históricas do momento.

a) 20 famílias revisadas em 2000, cujos benefícios foram concedidos entre 1996-1997, sendo 10 portadores de deficiência e 10 idosos;

b) 20 famílias revisadas em 2001, cujos benefícios foram concedidos entre 1998-1999, sendo 10 portadores de deficiência e 10 idosos;

c) 20 famílias revisadas em 2002, cujos benefícios foram concedidos entre 1999-2000, sendo 10 portadores de deficiência e 10 idosos.

Vale ressaltar que, em termos de sujeitos, a pesquisa envolveu entrevistas com os gestores do Programa em nível estadual e regional e com seus representantes, que coordenam a implantação do BPC desde o princípio de sua municipalização. São profissionais da área de assistência ou previdência com reconhecida experiência na sistematização do BPC, que puderam trazer contribuições significativas para a compreensão do programa, de problemas e de dificuldades na operacionalização do mesmo como política de benefícios sociais, em nível estadual, regional ou municipal, trouxeram-nos subsídios especiais à abordagem qualitativa. Os sujeitos envolvidos nestas categorias foram arrolados na lista de gestores, no início desse trabalho.

A técnica de entrevista utilizada justificou-se por ser aquela por meio da qual o investigador mantém contato direto com o informante, através de uma pequena seqüência de perguntas, auxiliado pelo questionário como principal instrumento de coleta dos dados. O questionário semi-estruturado foi o lugar onde se relacionaram pontos de interesse da investigação que orientaram a pesquisa.

As partes foram ordenadas e guardam certa relação entre si. Foram poucas as

perguntas diretas, deixando o entrevistado falar livremente, à medida que se refere às pautas assinaladas. Quando sua fala se afastou delas, houve intervenção, embora de maneira suficientemente sutil, para preservar a espontaneidade do processo (GIL, 1999).

O norteamento da entrevista foi dado pelas categorias preliminares de análise, que são apresentadas como elementos norteadores. As entrevistas possibilitaram, de forma geral, uma compreensão da realidade, permeada pela visão que cada um tem do Programa, de forma a ampliar a compreensão do todo. Para tanto, foi utilizado o gravador, que pode constituir-se em recurso importante, a fim de garantir a fidelidade das informações obtidas durante a entrevista. A permissão do uso do gravador foi solicitada no momento da entrevista com os gestores.

A pesquisa não pode ser prescindida da técnica da observação, especialmente da observação sistemática, pois houve o cuidado em observar as reações e posturas dos entrevistados, tendo em vista a experiência profissional que essa pesquisadora tem com o Programa do BPC no seu dia-a-dia, junto à Secretaria Municipal de Assistência Social de Araraquara.

Para TRIVINÕS (1987), observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, sejam estudadas nos atos dos gestores, atividades, significados, relações etc.

Conforme GIL (1995), tornou-se necessário um estudo exploratório, que proporcionou, também, uma visão geral sobre determinado fato, além de esclarecer melhor o problema em questão, a fim de criar condições para desenvolver e modificar conceitos e idéias por meio da exploração do tema.

O pressuposto qualitativo e exploratório da pesquisa foi calcado nas representações sociais das famílias beneficiárias pelo BPC, o que possibilitou a abertura de espaços onde elas puderam trazer, para a realidade, sua capacidade de falar, de agir e de entender a questão do benefício.

A proposta de pesquisa demonstrou a necessidade da utilização de um método dialético, segundo o qual fundamentou-se na premissa de que, de acordo com MINAYO (1998), tudo se relaciona e tudo se transforma. Assim, o método dialético permitiu a articulação da teoria com a realidade, ou seja, a conexão dos fatos com a realidade mais ampla, oportunizando um estudo investigativo e desencadeando uma leitura crítica da

realidade em estudo.

3.6. DADOS ANALISADOS

A análise dos dados foi realizada segundo uma abordagem quanti-qualitativa. Com base em MINAYO (1998) há três finalidades para a reflexão sobre esse momento:

- a)** estabelecer uma compreensão dos dados coletados;
- b)** confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e
- c)** ampliar os conhecimentos sobre o assunto pesquisado, articulando-o à realidade da qual faz parte.

Foram construídas as categorias gerais preliminares para a aplicação do instrumental e análise de dados. A seguir, foram elaboradas categorias específicas, utilizando uma análise descritiva, comparativa e crítica, com a finalidade de ampliar o significado da representação social dos sujeitos envolvidos nesse estudo. Foram analisados os diferentes períodos nos quais foram concedidos os benefícios, considerando o contexto e a época em que estiveram inseridos.

As categorias estabelecidas relacionadas na **Tabela 9, Elementos Norteadores**, se referem àquelas que fizeram parte do instrumental construído para as entrevistas; porém, foram isoladas as mais interessantes, que atenderam aos objetivos do trabalho e aos interesses da pesquisadora.

3.6.1.Categoria principal: a concretização do BPC em Araraquara

Categorias preliminares específicas consideradas nas entrevistas com idosos e pessoas portadoras de deficiências:

- a)** Problemas familiares e comunitários;
- b)** BPC, obtenção, concessão, utilização e impactos;
- c)** Histórico, incapacidades e nível de dependência;
- d)** Programas de reabilitação, habilitação e inserção;
- e)** Necessidades prioritárias do usuário da política.

3.6.2. Categoria principal: o planejamento do BPC pela via governamental, descentralização e municipalização pelos seus gestores.

Categorias preliminares consideradas nas entrevistas com gestores:

- a)** Histórico, concessão e revisão;
- b)** Facilitadores e dificultadores;
- c)** Respeito aos princípios de universalidade, censos e estatística;
- d)** Mudanças necessárias.

As categorias relacionadas foram escolhidas, de um lado, visando entender as dificuldades do dia-a-dia do beneficiário, desde a concessão do benefício até o pagamento e sua aplicação, e também outros aspectos que trouxeram subsídios para a compreensão do relacionamento interpessoal do enfrentamento das condições de sobrevivência e manutenção familiar, do acesso a outros programas e serviços públicos de saúde e assistência social; além da identificação das condições de vulnerabilidade social que levaram à concessão do benefício. Deseja-se compreender as mudanças operadas na vida sócio-familiar pelo BPC.

De outro lado, as categorias estabelecidas possibilitaram um aprofundamento e uma visão mais ampliada do processo de municipalização na implantação e implementação do BPC, principais dificuldades e obstáculos administrativos e técnicos dos gestores da política, apontando para as mudanças necessárias para que o BPC não seja mais um programa de transferência de renda, mas uma oportunidade de efetiva inclusão social.

Para clarear as intencionalidades das duas categorias principais de análises, elaborou-se uma tabela com elementos norteadores, que subsidiou o trabalho e a interpretação dos resultados.

Tabela 9. Elementos Norteadores da Pesquisa

ELEMENTOS NORTEADORES	CATEGORIAS PRINCIPAIS	INDICADORES ANALÍTICOS	CONTEÚDO DAS RESPOSTAS EXPECTATIVAS DO PESQUISADOR	INSTRUMENTAL DE PESQUISA
Usuários da política do BPC Idoso Portador de deficiência	Concretização do BPC em Araraquara Questionário 1	1. Problemas familiares e comunitários.	Identificação das condições sócio-econômicas, moradia, saúde, segurança, relacionamento interpessoal, entre outros.	Perguntas 1 a 10
		2. BPC: obtenção, concessão, utilização e impactos.	Nível de informação e divulgação do programa. Dificuldades ou acessibilidade ao direito. Regularidade e operacionalização. Impactos sociais pós-concessão.	Perguntas 11 a 16
		3. Histórico, incapacidades e nível dependência.	Possíveis causas e conseqüências da deficiência, da velhice, da pobreza e da exclusão.	Perguntas 17 a 23
		4. Programas de Reabilitação, habilitação e inserção.	Participação em políticas públicas de saúde, educação e assistência social. Papel do Estado na formulação de políticas que respondam às demandas.	Perguntas 24 a 27
		5. Necessidades prioritárias do usuário da política.	Interesses, aptidões e condições de inserção em programas e projetos.	Perguntas 28 a 30
Gestores da política	Planejamento do BPC pela via governamental, descentralização, municipalização. Questionário 2	1. Histórico, concessão e revisão.	Identificação da trajetória do processo em nível nacional, estadual e municipal, junto aos órgãos responsáveis: Previdência e Assistência.	Perguntas 1 a 4
		2. Facilitadores e dificultadores do processo	Indicadores dos elementos que colaboram ou dificultam a divulgação, implantação e operacionalização do BPC.	Perguntas 5 e 6
		3. Respeito aos princípios de universalidade, distributividade, censos e estatísticas.	Indicadores nacionais, estaduais e municipais de idosos e deficientes beneficiários e demandatários da política. Articulação de políticas intersetoriais de combate à exclusão. Efetividade da lei.	Perguntas 7 a 10
		4. Mudanças necessárias.	Prognósticos no enfrentamento dos obstáculos e das dificuldades.	Perguntas 11 e 12.

3.7. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para realizar as visitas domiciliares a todos os beneficiários que compuseram a amostra da pesquisa, contamos com o apoio de duas assistentes sociais regularmente inscritas no CRESS, que foram anteriormente treinadas por essa pesquisadora, para a aplicação dos questionários. Durante o processo de visitação, coleta e análises dos dados, várias reuniões da equipe aconteceram para sanar dúvidas e avaliar o andamento do trabalho.

O procedimento inicial para análise dos dados colhidos junto aos beneficiários do programa foi a numeração de todos os sujeitos e a organização das questões a partir de dois parâmetros de classificação: questões abertas e fechadas. As questões fechadas foram classificadas em quantitativas e qualitativas e as demais em questões abertas. Utilizou-se o banco de dados do *Acess* para armazenamento e filtragem dos dados, o que facilitou significativamente sua tabulação e interpretação.

Apenas uma parte dos dados foi analisada, devido à amplitude das informações coletadas nos questionários. Consideraram-se as informações relevantes para responder às Categorias Principais e aos Indicadores Analíticos programados na **Tabela 9 - Elementos Norteadores da Pesquisa**. Com o intuito de obter uma melhor compreensão e interpretação da realidade, alguns dados foram configurados em gráficos ou figuras e os demais em tabelas numéricas e percentuais.

As entrevistas com os gestores foram realizadas somente pela pesquisadora. Para o agendamento das entrevistas realizou-se contato preliminar com os gestores convidando-os a participarem da pesquisa, esclarecendo os objetivos e realizando agendamento preliminar. Na oportunidade foi solicitada, ainda, a autorização para gravar as declarações e as falas, resguardando o respeito e a ética profissional.

Após a realização das entrevistas, transcreveram-se as falas de cada um, de forma a observar os pontos comuns entre eles e as declarações significativas. Algumas frases foram destacadas por sua importância e significado, que enriqueceram o debate sobre o processo de operacionalização do benefício.

Apresentamos, na **Tabela 10**, a progressão das revisões em Araraquara, para que o leitor tenha claro o universo de pesquisa utilizado. Em três anos consecutivos, foram realizadas três revisões do programa e desde das primeiras concessões, observou-se um número maior de BPCs concedidos inicialmente para os PPD e um salto qualitativo nas

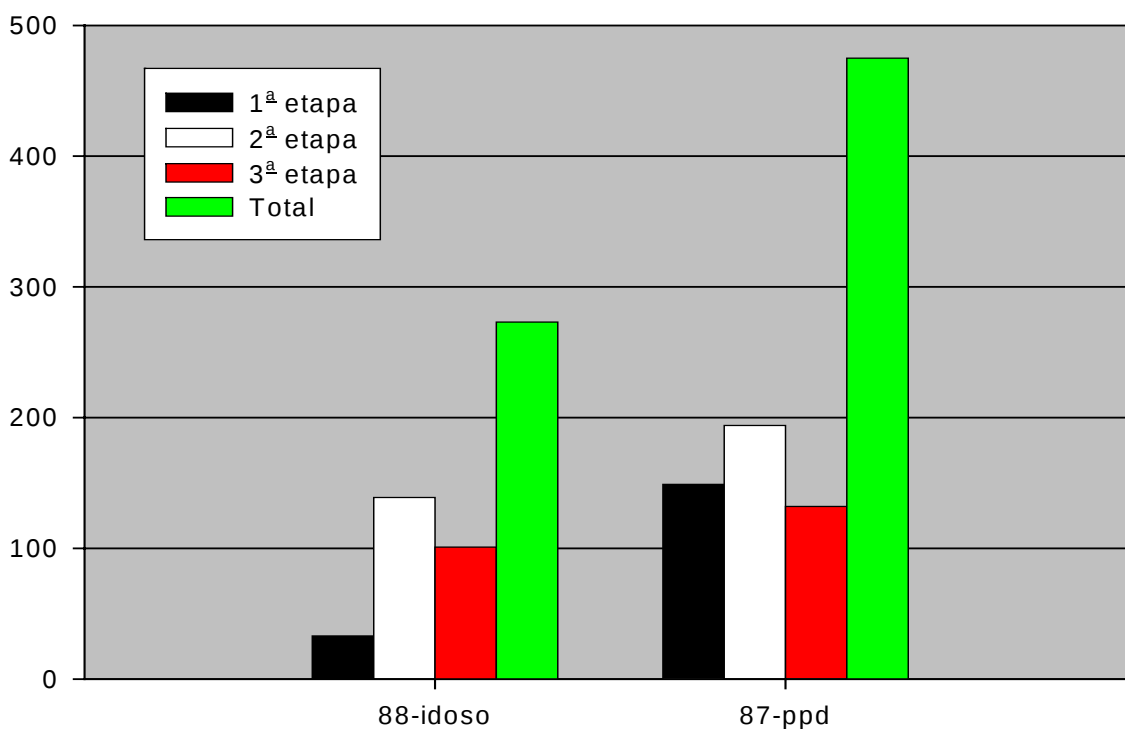
concessões para o idoso. Essa tendência, que foi revelada em pesquisa nacional, realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Seguridade Social, também se confirmou nos dados aqui levantados.

Neste ano está sendo realizada, no Brasil todo, a quarta revisão relativa aos benefícios concedidos em 2000 e 2001. Na quarta revisão serão visitados mais 170 BPCs, sendo 90 PPDs e 80 idosos. Essa revisão não foi objeto de nosso estudo, por considerarmos o universo selecionado bastante significativo para estudarmos o programa.

Tabela 10. Progressão das Revisões do BPC em Araraquara

Ano/Concessão	1996-1997	1997-1998	1999-2000	Total
Ano Revisões	2000	2001	2002	
Espécie	1ª etapa	2ª etapa	3ª etapa	
88 – idosos	33	139	101	273
87 – PPDs	149	194	132	475
Total	182	333	233	748

Gráfico 6. Progressão das Revisões do BPC em Araraquara



No município, conforme dados que conseguimos apurar até dezembro de 2003, haviam 650 benefícios concedidos a pessoas portadoras de deficiências e 542 benefícios concedidos para pessoas idosas, totalizando 1.192 BPCs, o que representou um gasto anual no valor de R\$ 3.161.660 (três milhões cento e sessenta e um mil seiscentos e sessenta centavos), de acordo com informações da Gerência Nacional do BPC (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004).

A **Tabela 11 e o Gráfico 7** abaixo discriminados, agrupam dados quantitativos relativos ao processamento da pesquisa, possibilitando uma idéia geral do trabalho realizado e compreensão das análises dos dados que serão realizadas posteriormente. As visitas domiciliares efetuadas, 18% do total, registraram ocorrências, isto é, mudança de endereço, mudança de cidade e endereço ignorado. Além disso, cerca de 22% de beneficiários faleceram no período que transcorreu da concessão à revisão do benefício. Coincidentemente, foi possível aplicar o questionário em 18 PPDs e 18 idosos.

Gráfico 7. Caracterização da Pesquisa

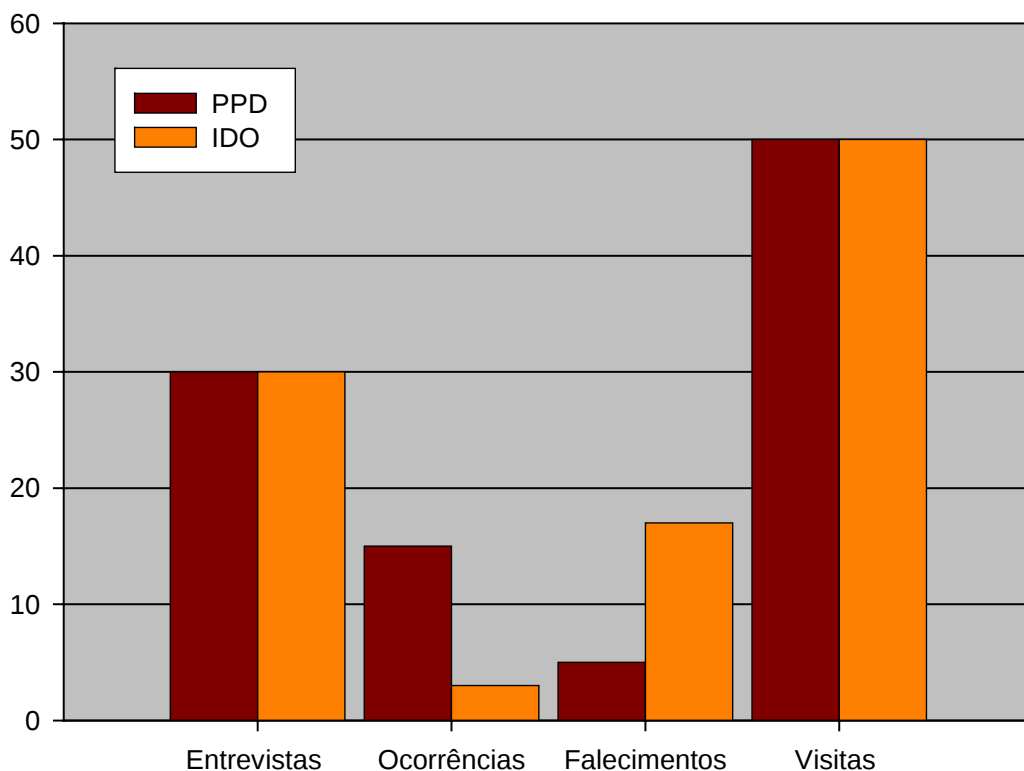


Tabela 11. Caracterização da Pesquisa com beneficiários

Indicadores	PPD		IDO		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quantitativos	18	30	18	30	36	60
Entrevistas realizadas	09	15	02	3	11	18
Ocorrências	03	5	10	17	13	22
Falecimentos	30	50	30	50	60	100
Visitas Domiciliares						

3.8. RESULTADOS

3.8.1. Categoria principal: a concretização do BPC em Araraquara

a) Indicador analítico

a₁) Problemas familiares e comunitários: Ao pesquisar a amostra selecionada, encontramos algumas dificuldades também registradas pelas assistentes sociais durante as revisões normais: os falecimentos e as ocorrências, conforme mostra a **Tabela 12**, totalizando 40% da amostra. Para aprofundar o debate, estudamos o tempo de aproveitamento do benefício que fez jus àqueles que faleceram e quais as principais razões das ocorrências. Em média o tempo de aproveitamento do benefício para o ppd é de 5 anos e para a pessoa idosa é de 4 anos.

Tabela 12. Tempo de Aproveitamento do BPC

Nº	Revisão	Benefício	Concessão	Falecimento	BPC
1	1ª	88 - ido	1997	2001	4 anos
2	1ª	88 - ido	1997	2003	6 anos
3	1ª	88 - ido	1997	2002	5 anos
4	1ª	88 - ido	1997	2001	4 anos
5	1ª	87 - ppd	1997	2002	5 anos
6	1ª	88 - ido	1997	2001	4 anos
7	2ª	88 - ido	1998	2002	4 anos
8	2ª	88 - ido	1998	2002	4 anos
9	2ª	87 - ppd	1997	2003	6 anos
10	2ª	88 - ido	1998	2001	3 anos
11	3ª	88 - ido	1999	2003	4 anos
12	3ª	87 - ppd	1999	2004	5 anos
13	3ª	88 - ido	1999	2003	4 anos

Tabela 13. Casos não localizados

Nº	Revisões	Benefício	Ocorrências
1	1 ^a	87-PPD	Desconhecido no endereço
2	2 ^a	88-IDO	Mudou endereço
3	2 ^a	87-PPD	Desconhecido no endereço
4	2 ^a	87-PPD	Mudou endereço
5	2 ^a	87-PPD	Mudou endereço
6	3 ^a	88- DO	Mudou endereço
7	3 ^a	87-PPD	Mudou endereço
8	3 ^a	87-PPD	Mudou endereço
9	3 ^a	87-PPD	Mudou de cidade
10	3 ^a	87-PPD	Mudou de endereço
11	3 ^a	87-PPD	Desconhecido no endereço

No estudo da **Tabela 13**, verificaram-se sete mudanças de residência e apenas uma mudança de cidade. A primeira hipótese para essas ocorrências a ser considerada é o preço dos aluguéis que, em geral, é altíssimo para a maioria da população. Outra hipótese é a busca da família por melhores condições de trabalho e de vida. Essa situação, que vem se estendendo desde a primeira revisão, complica o trabalho das assistentes sociais e deve ser melhor estudada realizando, por exemplo, um recadastramento dos beneficiários ao término de cada ano. Dois beneficiários do programa foram registrados como desconhecidos no endereço, o que pode significar alguma informação errada na hora do cadastramento para concessão ou ainda, a possibilidade de algum tipo de fraude.

Tabela 14. Gênero e Faixa etária

Beneficiário	PPD			IDO			Total
	M	F	Total	M	F	Total	
Idade/Sexo							
0-10	1	1	2	0	0	0	2
10-20	2	2	4	0	0	0	4
20-30	0	2	2	0	0	0	2
30-40	3	1	4	0	0	0	4
40-50	1	2	3	0	0	0	3
50-60	1	1	2	0	0	0	2
60-70	0	0	0	0	0	0	0
70-80	0	1	1	8	6	14	15
80-90	0	0	0	1	3	4	4
Total	8	10	18	9	9	18	36

Ao estudarmos questões de gênero e faixa etária do PPD, observamos que há uma certa proporcionalidade nas faixas etárias, com destaque para as faixas etárias de 10-20 anos e 30-40 anos, além do maior número de beneficiários do sexo feminino.

Na tabela de dados alusivos ao idoso, ocorre a prevalência da faixa etária de 70-80 anos. Talvez esse seja um indicador significativo após primeira alteração realizada na lei, que estabeleceu como critério para concessão do BPC a idade de 67 anos, em 1998. Outra questão a destacar é o número de mulheres com mais de 80 anos que, em geral, nas pesquisas sociais já realizadas, têm uma expectativa de vida maior, conseqüentemente, podem usufruir mais tempo do benefício.

Com o intuito de selecionar duas variáveis importantes, número de pessoas da família e renda *per capita*, todas as entrevistas foram estudadas sob duas lentes diferentes. A primeira considerou o conceito número um de família e a segunda considerou o segundo conceito. O objetivo foi verificar em que isso implicaria no final da análise e quais as conclusões que teríamos, uma vez que, para a concessão do BPC, vivenciamos dois momentos: antes e depois de 1998. O interesse era investigar quais foram as implicações da alteração na lei que trouxe uma nova definição do conceito de família e quais as conseqüências resultantes.

A seguir, relembremos os conceitos de família adotados para a concessão do benefício. O conceito um foi utilizado para benefícios concedidos até 11.08.1997:

A unidade mononuclear vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes. Artigo 20 LOAS 8.742/93.

E o conceito dois de família, baseado na definição da Previdência Social, utilizado em benefícios concedidos após 11.08.1997:

Conjunto de pessoas vivendo sob o mesmo teto: pai, mãe, irmãos, cônjuge, companheiros e equiparados a essas condições, menores de 21 anos e inválidos. Lei 9.720/98.

Na **Tabela 15** foram inseridos todos os membros que vivem sob o mesmo teto, independente da idade, constatando-se que as famílias dos PPD são mais numerosas e que os idosos geralmente moram sozinhos, ou acompanhados pelo cônjuge ou por um filho. Nas famílias dos PPDs, verificou-se a frequência de 3 a 5 pessoas por unidade familiar

Tabela 15 -Composição Familiar - Conceito 1 de Família

Composição familiar	PPD	IDO	Total
Até 2 pessoas	3	12	15
Até 5 pessoas	14	3	17
Mais que 5 pessoas	1	3	4
Total	18	18	36

Gráfico 8. Composição Familiar – Conceito 1 de Família

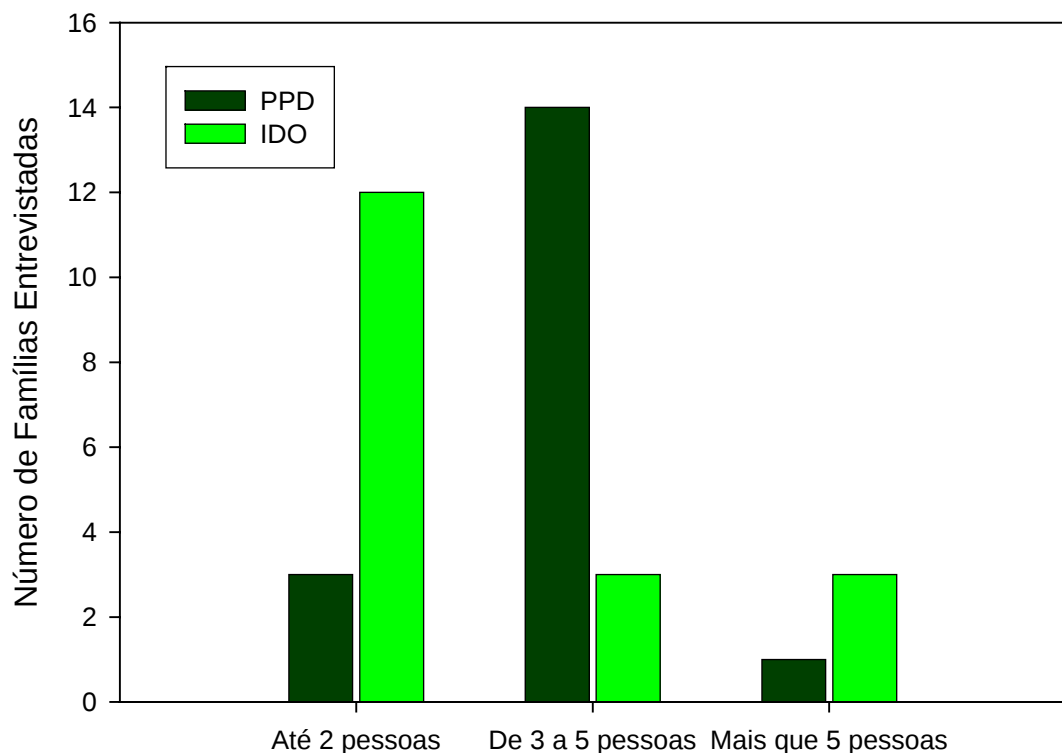
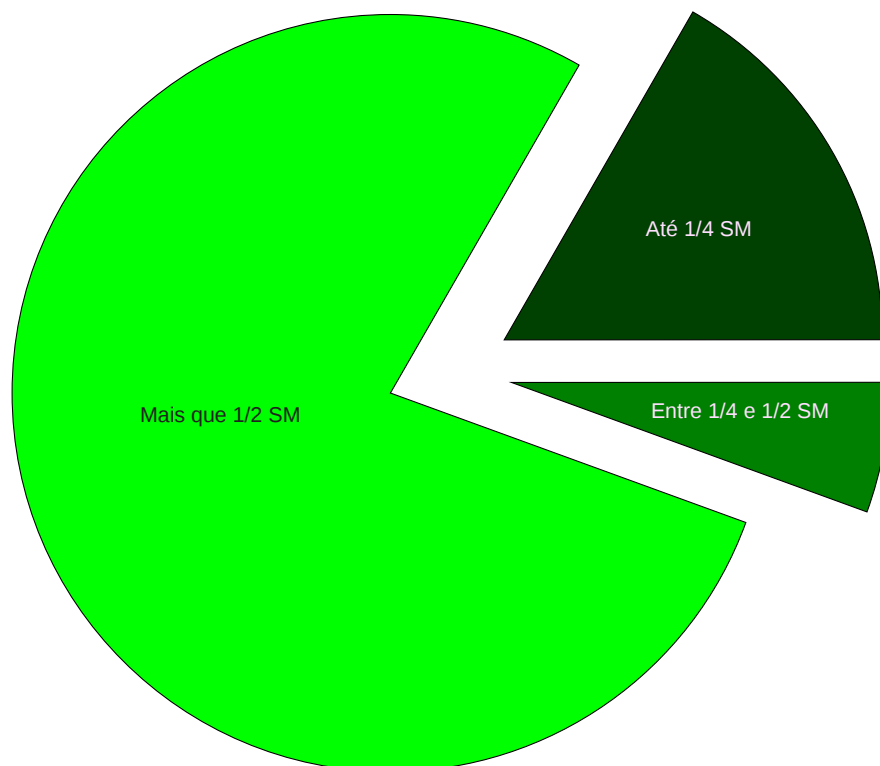


Tabela 16. Nível de pobreza dos beneficiários. Conceito 1 de Família

Valores	<i>Per capita</i>		Total
	PPD	IDO	
beneficiário	PPD	IDO	
Até ¼ salário	3	11	14
Até ½ salário	14	6	20
Mais que ½ salário	1	1	2
Total	18	18	36

Quanto à renda *per capita* estudada pela **Tabela 16**, observou-se que as maiores famílias são as dos PPDs e que há outras pessoas compondo o universo familiar e compartilhando renda. Se todos esses casos fossem analisados pela Previdência Social na perspectiva do conceito um de família, cerca de 55% dos benefícios seriam cortados, porque superam o critério da *per capita* de até ¼ do salário mínimo. Conclui-se então que esse conceito é menos excludente que o segundo, porque permite que sejam atendidos um maior número de beneficiários.

**Gráfico 9. Nível de pobreza dos beneficiários PPD
Conceito 1 de Família**

**Gráfico 10. Nível de pobreza dos beneficiários IDO
Conceito 1 de Família**

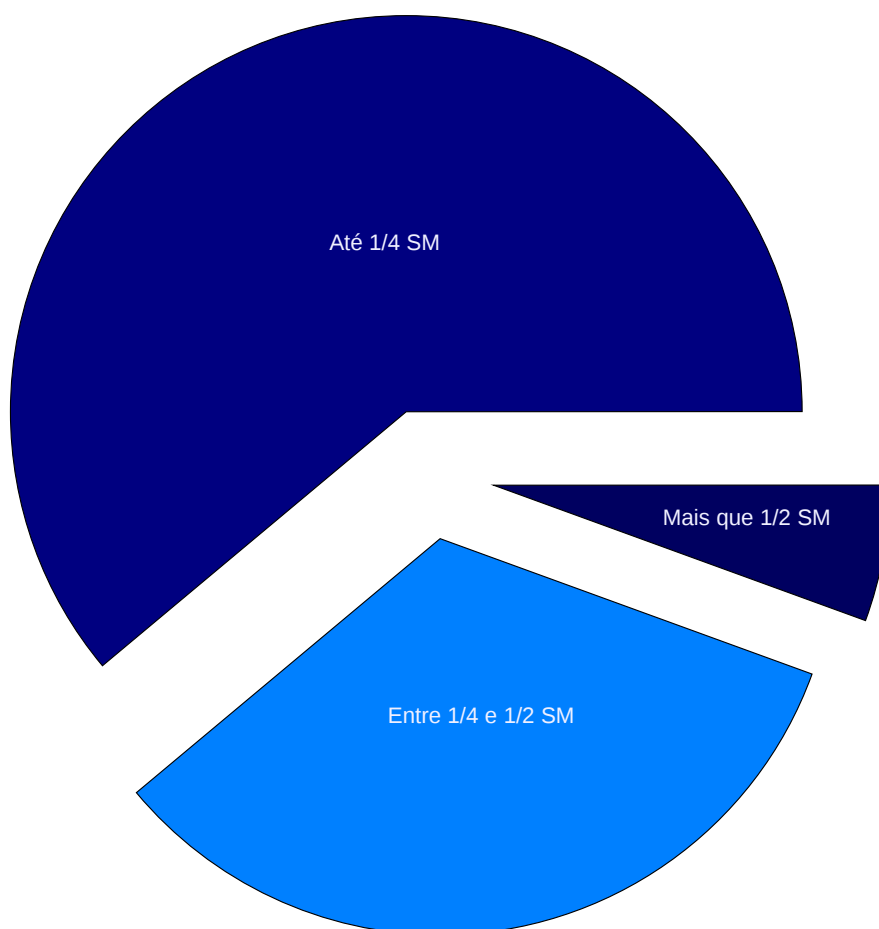
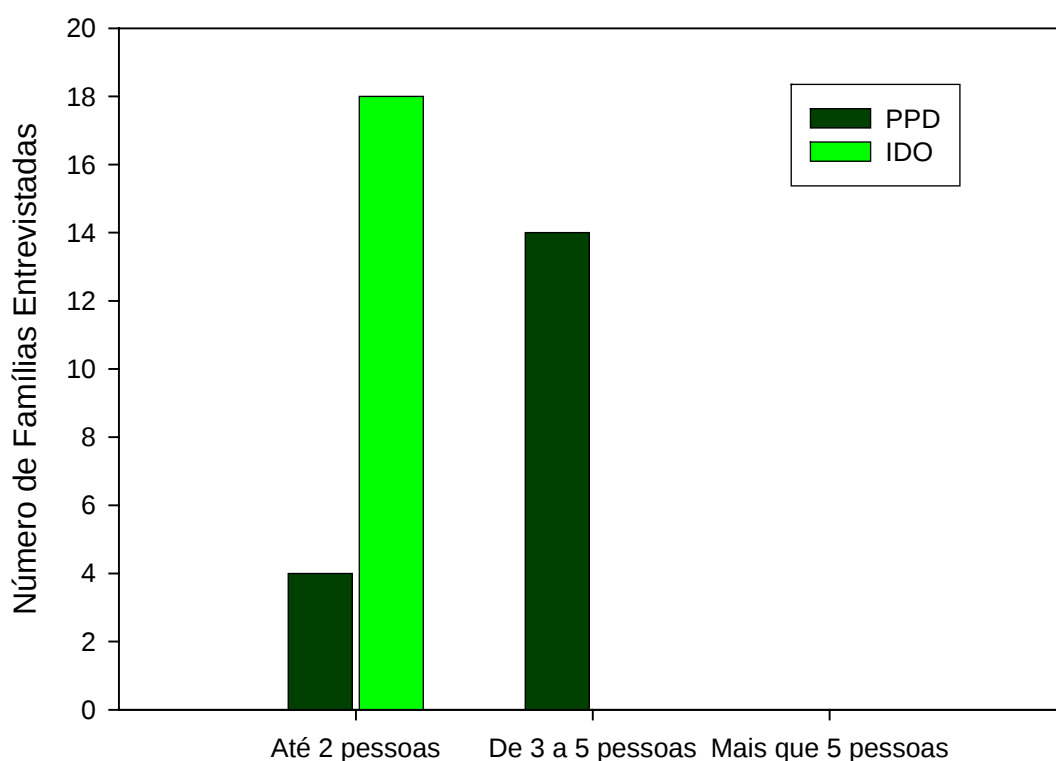


Tabela 17. Composição Familiar. Conceito 2 de Família

Composição familiar	PPD	IDO	Total
Até 2 pessoas	4	18	22
Até 5 pessoas	14	0	14
Mais que 5 pessoas	0	0	0
<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>18</i>	<i>36</i>

**Gráfico 11. Composição Familiar
Conceito 2 de Família**

Na **Tabela 17** verificamos que o segundo conceito de família realiza uma filtragem dos dados, que se agrupam diferentemente, especialmente no caso do segmento idoso. A composição familiar desse segmento, analisada sob as lentes do segundo conceito de família, corresponde a 100% do universo idoso estudado, pois exclui os filhos maiores de 21 anos. Praticamente todos os idosos dependem exclusivamente do BPC para sua sobrevivência.

No caso do PPD, não há muitas alterações quanto à composição familiar, uma vez que o segmento entrevistado caracteriza-se por pessoas mais jovens, na faixa etária

de 10 a 40 anos, conforme visto na **Tabela 14** e dependente de outros membros. Quanto à variável renda *per capita*, há uma modificação significativa nos resultados pois, no conceito anterior, 14 famílias possuíam *per captas* de até $\frac{1}{2}$ salário; já no conceito dois, somente cinco famílias apresentam *per captas* de $\frac{1}{2}$. Nesse conceito de família, os demais membros que compartilham da mesma renda ficaram excluídos, o que camufla a realidade das famílias dos beneficiários. Conseqüentemente, 19% estariam fora dos critérios para concessão do benefício.

Para efeitos de investigação científica, realizamos recortes de todos os benefícios, isolando o conceito um e o conceito dois de família. Caso contrário, teríamos que analisar as variáveis família e renda, com definições de família diferenciadas, o que certamente tornaria o processo confuso.

Tabela 18. Nível de pobreza dos beneficiários. Conceito 2 de Família

Valores	Per capita		Total
	PPD	IDO	
beneficiários	PPD	IDO	
Até ¼ salário	11	17	28
Até ½ salário	5	1	6
Mais que ½ salário	2	0	2
<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>18</i>	<i>36</i>

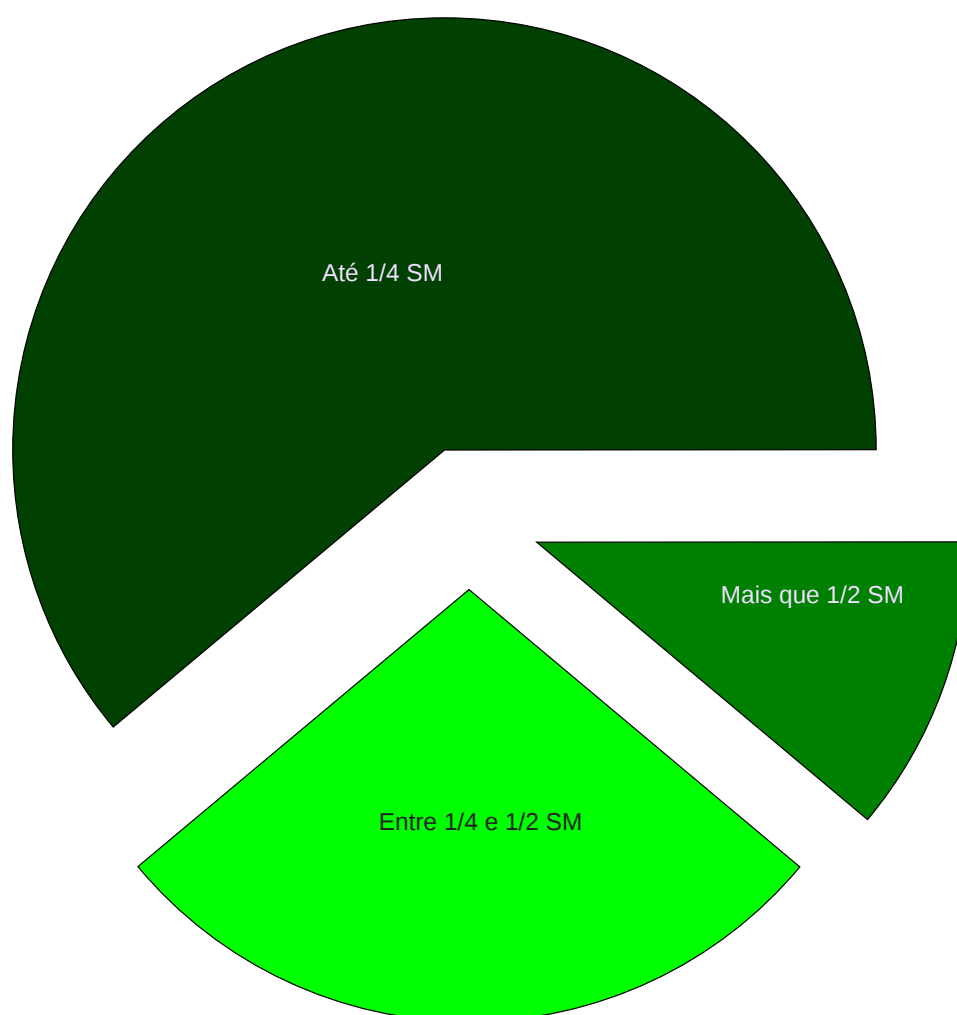
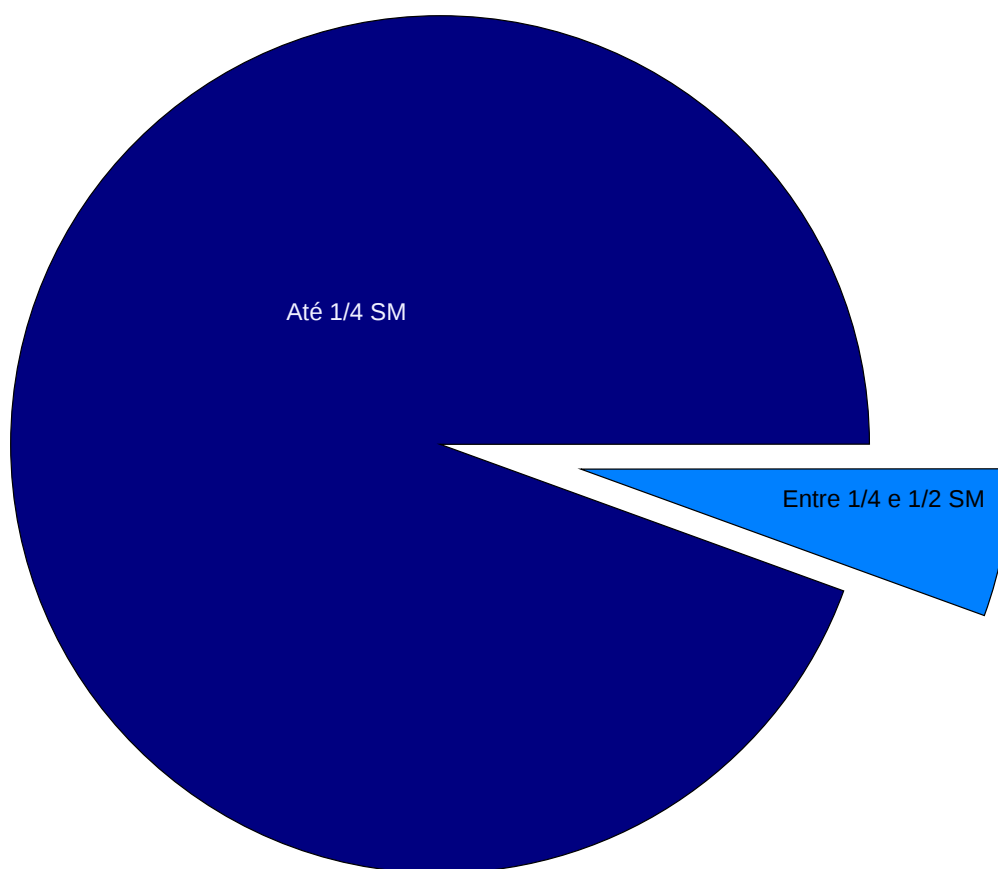
Gráfico 12. Nível de pobreza dos beneficiários PPD
Conceito 2 de Família

Gráfico 13. Nível de pobreza dos beneficiários IDO
Conceito 2 de Família



É bom lembrar dois aspectos: em primeiro lugar, todos esses benefícios já foram revisados pela Secretaria de Assistência Social de Araraquara, conforme a legislação vigente. Em segundo lugar, outra questão a ser ressaltada é que a amostragem utilizada na pesquisa considerou, proporcionalmente, 20 casos da primeira revisão (1996/1997), 20 casos da segunda revisão (1997/1998), 20 casos da terceira revisão (1999/2000), mas mesmo assim, tivemos uma amostra maior do número de famílias cujo benefício foi concedido dentro do conceito previdenciário de família, isto é, do conceito dois.

O que se observou foi que o conceito de família mononuclear foi utilizado até 11/8/97, passando depois a vigorar, para efeitos de concessão, o novo conceito. Conforme o estudo realizado, duas conclusões ficaram evidenciadas: o segundo conceito excluiu a possibilidade de acesso a muitos idosos e PPDs e o seguimento mais prejudicado nessa nova concepção é o PPD, porque normalmente faz parte de uma

família maior, enquanto os idosos residem, em geral, sozinhos ou com filhos maiores de 21 anos. As evidências talvez expliquem porque tem triplicado o BPC ao idoso no Brasil, antes mesmo da aprovação do Estatuto do Idoso no país. O conceito dois de família esconde uma realidade que foi diagnosticada por nós no dia-a-dia: o BPC contribui no sustento de muitas pessoas da mesma família, o que não é possível comprovar no processo de revisão porque, para o preenchimento do acróstico social, indica-se somente os parceiros, cônjuges e filhos menores de 21 anos.

Tabela 19. Condições de Moradia

Cômodos	PPD	IDO	Total
1 a 3 cômodos	5	6	11
4 a 5 cômodos	10	8	18
De 5 ou mais	3	4	07
Total	18	18	36
Moradia	PPD	IDO	Total
Própria	08	11	18
Alugada	02	02	04
Cedida	08	05	13
Total	18	18	36
Saneamento	PPD	IDO	Total
Água, luz e asfalto	14	16	31
Água e luz	03	02	05
Nenhum	1	00	01
Total	18	18	36

Ao analisarmos a tabela relativa às condições de moradia, verificamos que tanto idosos como PPDs possuem um padrão de vida mais ou menos igual, tanto no que concerne à condição do imóvel, como no número de cômodos. Das famílias entrevistadas, 80% residem em habitações com, no máximo, cinco cômodos. Metade dos beneficiários tem casa própria e metade vive em casas alugadas ou cedidas. Certamente a propriedade de um imóvel indica que, em algum dia, essa família já possuiu melhores condições de vida e hoje vive do benefício em função da perda do poder aquisitivo e de condições de sobrevivência.

Quanto à infra-estrutura, como já foi dito, o município destaca-se pelo saneamento básico, com alguns problemas pontuais na periferia a serem solucionados, como a falta de asfalto.

Tabela 20. Problemas familiares e comunitários

Indicadores	Beneficiários		
	PPD	IDO	Total
Familiares			
Álcool	00	01	01
Desemprego	06	03	09
desemprego e álcool	01	00	01
álcool e drogas	01	01	02
desemprego e outros	01	01	02
Outros	02	00	02
Nenhum	07	12	19
Total	18	18	36
Comunitários	PPD	IDO	Total
Desemprego	01	08	09
Segurança	02	05	07
Asfalto	01	01	02
distância do bairro	02	01	03
conservação do bairro	00	02	02
Nenhum	12	01	13
Total	18	18	36

Nos dados auferidos na **Tabela 20**, relativos aos problemas familiares, 52% responderam não apresentar problemas; em sua maioria são pessoas idosas que residem sozinhas ou com um cônjuge.

Quanto à investigação dos principais problemas familiares, destacam-se a falta de emprego e o uso de substâncias químicas. O desemprego familiar e comunitário é um fator de risco social que expõe as famílias à situação de vulnerabilidade social. Pode ser um componente determinante para o uso de drogas e da violência.

Para MINAYO & SOUZA (1999), a violência e a falta de segurança podem desencadear o medo e a insegurança, fragilizando os vínculos familiares e comunitários quando são registradas ações causadoras de danos físicos e morais realizadas por indivíduos ou grupos do bairro.

Entre os problemas comunitários, em 64% dos casos surgem aspectos relativos à conservação, distância dos bairros e a segurança como preocupação. Entretanto, cerca de 36% responderam não possuir nenhum problema de ordem comunitária.

Concluimos que os entrevistados, por receio, não expressaram os problemas existentes. Talvez este fato tenha ligação com a presença de assistentes sociais da

Prefeitura, no bairro, para a realização da pesquisa e medo de ser considerado delator pela comunidade.

Tabela 21. Problemas de Saúde

Saúde	PPD	Saúde	IDO	Total
Deficiência	09	deficiência e doença cardíaca	02	11
deficiência e outras	04	doença cardíaca e/ou circulatória	02	06
deficiência doença cardíaca e circulatória	04	câncer	01	05
doença cardíaca e câncer	01	outras	05	06
Nenhuma	0	nenhuma	08	08
Total	18	Total	18	36

Os idosos e PPDs apresentam complicações de saúde. A **Tabela 21** aponta para o agravamento das deficiências e da velhice. Em 78% dos casos, estão associadas outras doenças, como problemas cardíacos, circulatórios, câncer e outras, que comprometem ainda mais a qualidade de vida dessas pessoas, o que requer atendimento e atenção especiais. Apenas 22% dos idosos declaram não possuir problemas de saúde.

a₂) A obtenção, concessão, utilização e impactos do BPC.

Tabela 22. Informações sobre o BPC

Indicador	Beneficiários		
Conhecimento	PPD	IDO	Total
Inss	02	02	04
Assistência Social	04	06	10
Advogado	02	03	05
ONG	05	00	05
Outros (parentes amigos vizinhos)	05	07	12
Total	18	18	36

A **Tabela 22** propicia a visão de que forma os encaminhamentos ao programa foram processados em Araraquara. Os dados nos confirmam que, de alguma maneira, os deficientes e os idosos tiveram informações acerca do benefício.

Há um destaque para as entidades de apoio ao portador de deficiências e para a atuação dos assistentes sociais na divulgação do benefício desde a segunda etapa de

revisão, quando todos os profissionais da Secretaria Municipal de Assistência foram informados sobre aspectos gerais para concessão e revisão do benefício.

Os encaminhamentos também foram realizados por contatos informais com vizinhos e parentes. Alguns indivíduos procuraram o INSS para obter pensão ou aposentadoria e não tinham direito ou tempo de contribuição necessárias, foram orientados para o BPC. Os casos encaminhados por advogados em Araraquara não foram muito significativos, como se pensava anteriormente.

O componente **histórico da concessão** também foi analisado na pesquisa: através de pergunta aberta, ouviu-se as falas dos beneficiários e de sua família, confirmando os dados levantados na **Tabela 22**. O acesso ao direito ao benefício surgiu como uma forma eminente de resolver os casos de invalidez por deficiência ou de pessoas idosas que, por alguma razão, não puderam contribuir para a previdência. Parece-nos que, no início das concessões, não havia a preocupação do acesso amplo à população demandatória, mas aqueles que procuravam pelo serviço eram encaminhados.

Na história do BPC no Brasil, constantemente nos deparamos com a idéia de que, na operacionalização, tenham ocorrido muitas fraudes e distorções. Na pesquisa em campo, diagnosticamos que este discurso não é real. Embora possam ter ocorrido fraudes nas concessões, provavelmente esse universo não foi muito significativo. Afirmamos isso em função, também, da experiência como profissional na coordenação das revisões, quando surgiram por esse motivo, pouquíssimos casos foram submetidos à perícia ou à investigação social mais aprofundada.

Tabela 23. Responsável pelo saque do BPC

Indicador	Beneficiários		
	PPD	IDO	Total
Família	12	08	20
Entidade	00	00	00
Beneficiário	02	08	10
tutor legal	04	02	06
Total	18	18	36

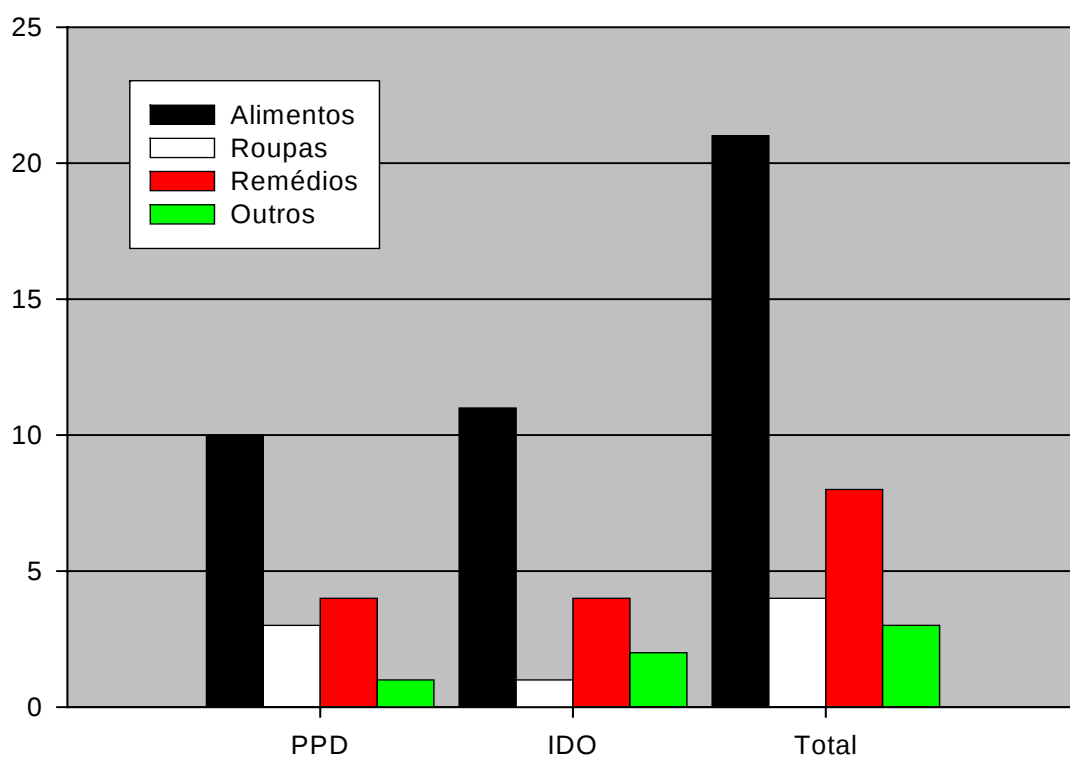
Estudou-se, na **Tabela 23**, qual a pessoa responsável pela retirada do benefício e, em 12 casos, no segmento PPD, o responsável é a família; porém, no caso dos idosos, quem realiza o saque, além da família, é o próprio idoso, quando tem

condições de locomoção. O tutor legal aparece mais freqüentemente no segmento PPD, pela própria dependência que caracteriza o segmento.

Tabela 24. Utilização do BPC

Indicadores	alimentação	vestuário	remédios	outros	total
beneficiários					
PPD	10	03	04	01	18
Ido	11	01	04	02	18
Total	21	04	08	03	36

Gráfico 14. Utilização do BPC



O dinheiro do BPC é principalmente utilizado com gastos relativos à alimentação, 58%, remédios, 22% e vestuário, 11%, outros, 9%. De acordo com a tabela anterior, a transferência de renda é insuficiente para o atendimento das demais necessidades dos beneficiários. Cabe aqui uma reflexão se o BPC está garantindo padrões de dignidade ao seu destinatário. O grande problema, a nosso ver, é que o beneficiário precisa contribuir para a manutenção da renda familiar, pois para efeitos de concessão, são avaliados não somente a condição da deficiência e da velhice, mas as condições sócias econômicas familiares. Sob esse aspecto, o BPC tornou-se um benefício familiar e não individual.

Tabela 25. Mudanças pós BPC

Mudanças	PPD	IDO	Total
Auto-estima	1	3	4
Satisfação parte necessidades	13	9	20
Tratamento e Estimulação	2	0	2
Qualidade de vida	2	6	8
Total	18	18	36

A principal mudança apontada foi o atendimento de *parte* das necessidades básicas, especialmente na melhoria da alimentação. A qualidade de vida também foi apontada como impacto importante, pois as condições de vida anteriores eram de total dependência de familiares, ou de doações e benemerências eventuais dos órgãos de assistência. A possibilidade de realizar tratamento através da aquisição de medicações e a melhoria da auto-estima também foram significativos na vida de cada beneficiário.

a₃) O Histórico, incapacidades e nível de dependência.

Tabela 26. Atividades de Vida Diária

Indicadores	Higiene		Alimentação		Vestuário		Locomoção		C Exc	
	PPD	IDO	PPD	IDO	PPD	IDO	PPD	IDO	PPD	IDO
s/ acompanhante	11	17	10	17	10	17	13	17	13	17
c/ acompanhante	07	01	08	01	08	01	00	00	05	01
cadeira roda	00	00	00	00	00	00	04	01	00	00
Outros	00	00	00	00	00	00	01	00	00	00
Total	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18

Nas atividades de vida diária, observou-se o grau de dependência total em oito casos: sete PPDs e um idoso. Quanto ao item locomoção, foram levantados, no segmento PPD, quatro cadeirantes e um usuário de andador. A grande maioria realiza as atividades de AVD sem acompanhamento, apesar das doenças e incapacidades, ou porque residem sozinhos, ou porque a família tem outros encargos e cuidados com os demais membros.

Tabela 27. Incapacidades

Indicadores	PPD	ido	Total
deficiência mental	5	1	6
deficiência mental e visual	1	0	1
deficiência física	1	0	1
deficiências múltiplas	4	0	4
doença mental	02	0	02
doenças crônicas e incapacitantes	03	1	04
Nenhuma	02	16	18
Total	18	18	36

Nessa tabela, a deficiência mental aparece com mais frequência, seguida das deficiências múltiplas, confirmando a tendência nacional avaliada por SPOSATTI (2004), em sua pesquisa, que atribui esse fator aos critérios de concessão da perícia e à divulgação do BPC junto a ONGs, como as APAEs.

Ao investigarmos, nas questões abertas, aspectos relativos ao **histórico das incapacidades**, concluímos que o idoso está mais frequentemente exposto, oportunizando a ocorrência de doenças e acidentes que podem torná-lo incapaz para a vida independente e para o trabalho, devido a perdas naturais de certas capacidades. Nos

idosos, a presença “declarada” de deficiências é menor, pois muitos não associam doenças a incapacidades físicas e seqüelas. De acordo com a **Tabela 21**, já apresentada, 30% dos idosos entrevistados apresentam problemas de saúde, como deficiências, doenças circulatórias, cardíacas, crônicas e degenerativas.

As famílias dos portadores de deficiências, em seu relato, apontam em 60% dos casos, como **histórico das incapacidades**, fatos ocorridos durante ou pós-parto, em diferentes ciclos de vida. Em geral, relatam a falta de oxigenação no cérebro do bebê, que resultou em paralisia cerebral, convulsões e febre devido a doenças como caxumba, que ocasionaram cegueira e surdez. Problemas genéticos, como Síndrome de Down e outras deficiências congênitas, foram registradas em 29% dos entrevistados e em apenas 1% dos entrevistados observou-se a incidência de deficiências adquiridas através do relato de doenças como o câncer e acidentes que deixaram seqüelas permanentes para a vida dos indivíduos.

“... minha filha possui a síndrome de down e teve talacemia, ficou com glóbulos brancos a mais no sangue...” (sujeito 10).

“... meu marido tem grandes dificuldades para se locomover, não possui o pé... foi picado por uma cobra quando trabalhava na roça...” (sujeito 19).

“... faltou oxigênio e ela ficou assim... ela sofre muito... não pode mexer o pescoço, braços, pernas, corpo e ainda tem bronquite e sinusite...” (sujeito 14).

a4) Programas de reabilitação, habilitação e inserção.

O município realiza, em 73% dos casos, atendimento médico na rede básica de saúde e nos programas de saúde da família, porém o atendimento em reabilitação física não dá conta das demandas nem dos portadores de deficiências, nem dos idosos. Somente dois idosos, dos entrevistados, realizam algum tipo de reabilitação.

O ponto de estrangulamento da rede de saúde é o Centro Regional de Reabilitação, que atende a população da região de Araraquara. Para sanar a insuficiência de programas de reabilitação, foi realizado recentemente, um convênio com a UNIARA, pois a faculdade possui o curso de fisioterapia e fonoaudiologia. Mesmo assim, o número de atendimentos ainda não atende às reais necessidades e o crescimento da população idosa e portadora de deficiências (Tabela 28).

“... fiquei dois anos sem poder trabalhar por causa de uma fratura nas pernas que nunca mais me recuperei...” (sujeito 6).

“... há muitos anos faço tratamento de tuberculose no Serviço Especial de Saúde...” (sujeito 16).

Tabela 28. Reabilitação Física e Tratamento Médico

Indicadores	PPD	ido	Total
Reabilitação física			
Participam	7	3	10
não participam	11	15	26
Total	18	18	36
Tratamento médico			
	PPD	ido	total
PSF	5	6	11
UNB	6	9	15
Ong saúde	1	0	01
Outros	6	3	09
Total	18	18	36

Tabela 29. Transporte Gratuito

Utilização	PPD	ido	total
Sim	15	18	33
Não	03	00	03
total	18	18	36

Quanto ao transporte municipal gratuito a Tabela 29 mostra que em quase 100% dos casos os beneficiários conhecem e utilizam o transporte municipal com frequência, através das carteirinhas especiais para transporte coletivo.

Na investigação das **aptidões**, constatamos, em relação às respostas dos **idosos**, que aproximadamente 40 % dos entrevistados declararam não possuir aptidão para nada e “não ter mais cabeça para isso”. Os demais indicaram como aptidão os afazeres domésticos, as atividades físicas, como ginástica, natação, caminhada, lazer, atividades laborais como cuidado de jardim e horta e atividades em artesanato, como bordados, crochê e tricô e trabalhos manuais. Observa-se que não possuem expectativas e estão focalizando suas atenções em cima de suas limitações físicas, sem outra preocupação.

Semelhante ao idoso, cerca de 30% dos PPDs declararam não ter condições de

realizar mais nada e entre as aptidões apontadas estão o lazer, a recreação e a natação. A maior expectativa é de conseguir a inclusão em atividades de reabilitação como equoterapia, estimulação e atendimento especializado.

a₅) Necessidades prioritárias do usuário da política

Nas entrevistas entre as **prioridades** registradas pelos **idosos**, destacamos a complementação das necessidades básicas, aqui consideradas como alimentação, vestuário, remédios, habitação e saúde; uma vez que a transferência de renda cobre parcialmente os gastos. Apoio psicossocial, atendimento em reabilitação, fisioterapia, educação física, recreação e lazer também são apontados pelos idosos como prioridade.

As contas a pagar são relativas a taxas (água e luz) e impostos, como o IPTU: os altos custos consomem grande parte do benefício. Com um recurso reduzido para garantir a sobrevivência, a aquisição de medicamento fica para segundo plano quando não são encontrados nas Unidades Básicas de Saúde, assim como a aquisição de roupas e outros gêneros.

Outro aspecto fundamental e relevante é a necessidade de companhia dos beneficiários, em especial as pessoas idosas que residem sós e que acreditam não lhes restar mais nada. Parece, inicialmente, que o único esforço desse segmento é na sua manutenção e sobrevivência, mas surge como uma necessidade até mais premente a carência de afeto e atenção. Sem dúvida nenhuma, o maior desejo dos idosos é o fortalecimento de vínculos familiares ou comunitários, para não se sentirem sós, abandonados e desamparados.

“... com essa ‘aposentadoria’ não dependo tanto dos meus filhos...” (sujeito 60)

“... precisa melhorar a renda... para pagamento da água, luz, comida...” (sujeito 21)

Para os **portadores de deficiência**, a **prioridade** também é a complementação das necessidades mais básicas, mas o fundamental a ser considerado é o direito à educação e ao atendimento especializado, como a psicologia, fonoaudiologia, a aquisição de órteses e próteses e a inclusão social.

Existe uma grande expectativa em relação à demanda por atendimento

especializado ao PPD e está comprovado que as políticas públicas existentes no município, na área, não conseguem responder às reais necessidades.

Somente alguns deficientes apontaram para dificuldades com aquisição de equipamentos como andadores e próteses, talvez porque nesse atendimento o município tenha muitas entidades sociais que ajudam no atendimento ao PPD fornecendo os mais variados equipamentos, como cadeiras de rodas ou anatômica, andadores, entre outros. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde atende, com dotação própria e recursos repassados do governo federal, as solicitações de órteses e próteses para pessoas com deficiências adquiridas ou congênitas.

Tabela 30. Benefícios Cessados

Motivos	PPD	IDO	Total	percentual
Por morte	03	10	13	22 %
Por ocorrência	09	02	11	18 %
Por perícia	02	00	02	3 %
Total cessados	14	12	26	43 %
Total dos não cessados	16	18	34	57 %

O resultado conclusivo relativo aos benefícios cessados nos faz refletir em alternativas para a melhoria da operacionalização do benefício. As secretarias municipais precisam realizar um trabalho mais efetivo para a localização dos beneficiários que se mudaram, a fim de evitar a interrupção da transferência de renda. No caso de suspensão do BPC pelos órgãos da perícia, seria necessária a viabilização ou parceria com o poder Judiciário, com o objetivo de rever o mais rápido possível cada caso e assim evitar injustiças.

3.8.2. Categoria Principal: planejamento do BPC pela via governamental, descentralização e municipalização

O planejamento do Benefício de Prestação Continuada pela *via governamental* e o processo de descentralização e municipalização foram estudados a partir das entrevistas com os gestores da política de assistência social e gestor da previdência (vide caracterização dos mesmos no início do trabalho).

a) Indicador analítico

a₁) Histórico, concessão e revisão

O processo de revisão ocorreu de duas formas: a primeira, com os assistentes sociais do próprio município e a segunda, com assistentes sociais autônomos, com registro regular no CRESS, ligados a alguma ONG prestadora de serviços ao idoso ou ao PPD. Muitos municípios, até aqueles com gestão plena, optaram por contratar serviços dos profissionais autônomos. O governo federal repassou para as secretarias municipais, *per captas* de acordo com o número de revisões, que variaram de R\$ 18,00 a R\$ 25,00, conforme a unidade da federação e, para o Estado, cerca de R\$ 10,00. O dinheiro só pode ser utilizado para aquisição de material e prestação de serviços, o que acaba por facilitar o distanciamento das Prefeituras no processo, que preferem, muitas vezes, repassar para os outros órgãos a responsabilidade da revisão. Entretanto, como o termo de convênio é firmado entre o município e o governo estadual, para a execução da tarefa e para a prestação de contas, cabe às secretarias municipais a responsabilidade técnica das ações.

Na região, a revisão do BPC foi sistematizada inicialmente com os municípios de médio e grande porte com capacidade de gestão, entre eles Araraquara e São Carlos. Entre os municípios pequenos dessa região, somente Santa Rita do Passa Quatro participou das primeiras revisões, pois a maioria dos seus beneficiários estava em situação de internação em unidade hospitalar, o que facilitava para o órgão de assistência realizar as revisões.

“... antes mesmo da formalização dos convênios, os municípios iniciaram a revisão porque a burocracia era grande...” (gestor 1).

“... as DRADS iniciaram o cadastramento de profissionais autônomos em condições técnicas com registro no CRESS para iniciar as revisões...” (gestor1).

“... as DRADS não tiveram muito contato com o BPC...” (gestor 1).

“... dessa forma, temos uma grande lacuna entre os Planos municipais e, por conseguinte, na formulação de políticas de inclusão e desenvolvimento social...” (gestor1).

As extensas listas de documentos, número de cópias e de assinaturas necessárias, o trâmite lento de papéis, o engessamento na aplicação de recursos da revisão, a demora no repasse dos recursos, entre outros problemas, aparecem nas falas transcritas. As decisões centralizadas do Estado e a presença marcante da burocracia, mais uma vez concorreram para dificultar e fragmentar as ações.

Às Divisões Regionais coube um apoio administrativo (apresentação do processo revisional, envio da relação nominal e orientação dos termos de convênio) para a operacionalização do benefício, não ocorrendo nenhum contato direto com o perfil dos beneficiários e suas demandas. Sem muito suporte e orientação técnica, as secretarias municipais, por ocasião da elaboração dos planos municipais, não estabeleceram estratégias de investigação para identificação dos possíveis beneficiários e nem tão pouco estabeleceram projetos de inserção social daqueles com direito ao benefício.

Houve municípios sem condições técnicas e administrativas até para realizar o cadastramento de assistentes sociais na execução da revisão. O processo de municipalização engatinhou em alguns lugares devido às dificuldades de infra-estrutura administrativa e técnica, mas a maioria dos municípios acabou por realizar as revisões cada um a sua maneira, com assistentes sociais de ONGs ou com assistentes sociais de prefeituras.

“... foram identificados vários atravessadores, pessoas que ficam com até três benefícios como forma de pagamento de serviços...” (gestor 2).

“... o município é que tem que cuidar desse cidadão, pois sabe o que é importante... é no município que há programas, projetos para inclusão desses usuários...” (gestor 2).

“... a orientação da Gerência Nacional é para que a porta de entrada da concessão seja feita pelas secretarias de Assistência Social...” (gestor 2).

Apesar das inúmeras dificuldades para a realização de visitas, de localização dos beneficiários e de aceitação e compreensão das revisões, muitos atravessadores foram identificados. De forma geral, esses atravessadores, pessoas inescrupulosas e

aproveitadoras, foram encontrados nos abrigos ou identificados com a tutela do beneficiário.

Muitos dos dados fornecidos pela Data-Prev, órgão responsável pelo banco de dados do BPC, na 1ª e na 2ª revisão encontravam-se defasados, o que desencadeou muitas ocorrências, casos não localizados que deverão ser feitos posteriormente.

A partir da segunda revisão, houve um preparo maior dos técnicos e as equipes já sabiam como aconteceria o processo. Houve um treinamento da Secretaria Estadual mais intenso, mas ainda insuficiente para o enfrentamento das dificuldades. As regras de convênio eram as mesmas e as listagens vieram através de disquetes. O programa de informática especialmente elaborado para digitação dos dados não funcionou. Mais uma vez, os municípios ficaram apenas com as listagens escritas e sem um banco de dados completo do BPC. Na terceira revisão houve um progresso, o processo foi informatizado em CD-room, com a criação de um banco de dados no Acess e no Excell.

Com essas dificuldades, a maior parte dos municípios não se interessou muito pelo usuário do BPC, cumprida a tarefa e realizados alguns encaminhamentos, o assunto era encerrado. Algumas secretarias de assistência iniciaram uma divulgação mais ampla e outras, por iniciativa própria, investiram nas parcerias com o INSS para o encaminhamento dos demandatários.

Foram criados os grupos de trabalho GI, nível federal, GII, nível estadual e GIII, nível regional, cujo objetivo era uma cooperação técnica entre o INSS e as Prefeituras. Na prática, a proposta não caminhou muito.

“... só mudou os critérios , antes se exigia 12 meses de contribuição ou 5 meses de atividade...” (gestor 3).

“... houve orientação das agências, mas no início não havia entrosamento...” (gestor 3).

Para o INSS, o BPC apenas substituiu a Renda Mensal Vitalícia, com mudanças efetivas nos critérios de concessão. Até hoje não há clareza da sociedade de que o benefício é de responsabilidade e financiamento da Assistência Social. A Previdência acredita na necessidade de um entrosamento maior entre as políticas de seguridade e

seus gestores têm desenvolvido esforços para o estabelecimento de cooperação técnica efetiva, que traga resultados para todos. O INSS também sofreu os mesmos problemas de desinformação sobre competências e atribuições para operacionalização do benefício.

No tocante as repostas e as demandas do pessoal que procura o INSS, os dados de solicitação dos benefícios deferidos e indeferidos não são estudados e/ou desagregados do todo. Esses dados seriam fonte de pesquisa muito importante no avanço da questão e no planejamento.

a₂) Dados Estatísticos

Atualmente não há, nessa região, pesquisas e nem estudos dos **impactos** resultantes do BPC. Os únicos dados disponíveis na internet referem-se à progressão das revisões no Estado de São Paulo e no Brasil. Os dados da agência do INSS estão agrupados por região e a única informação obtida é que, até o mês de novembro, o município de Araraquara tinha 3.656 benefícios concedidos.

Outras pesquisas sobre o benefício de prestação continuada foram organizadas pela Profª Sposatti (2004) e pelo Núcleo de Seguridade Social das PUC de São Paulo, utilizadas para realização dessa dissertação, conforme citação bibliográfica e notas de rodapé.

a₃) Facilitadores e dificultadores:

Entre os **elementos facilitadores** diagnosticados nas falas, destacam-se:

1. A realização da tarefa sem custos para o Estado, uma vez que há repasses de recursos para os municípios realizarem as revisões intermediadas pelas DRADS;
2. A exigência de profissionais assistentes sociais capacitados para a concretização da municipalização da assistência social e no alcance da gestão plena;
3. O esforço dos municípios para se adequarem à nova realidade e para a realização da revisão;
4. Alguns municípios maiores já estão realizando termo de cooperação técnica entre as secretarias de assistência social e INSS. O relatório da assistente social e o preenchimento dos formulários são suficientes para o INSS, que agiliza o processo, protocola e concede o benefício;

5. Os casos indeferidos podem recorrer à Junta de Recursos especial, sendo o caso avaliado por outros dois médicos.

Foram apontados, pelos gestores entrevistados, pontos comuns entre os **elementos dificultadores**:

1. Burocracia em excesso;
2. Problemas de ordem técnica nos municípios de pequeno porte;
3. Diferentes linguagens entre as políticas de seguridade, saúde e assistência;
4. Falta de divulgação e desinformação geral;
5. Ausência de diagnósticos e pesquisas para levantamentos de demandas e necessidades;
6. As relações dos beneficiários vinham prontas e as DRADS, após as revisões, enviavam os dados obtidos para a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social;
7. Confusão para o beneficiário e a sociedade, que acreditam que o BPC constitui-se em uma “aposentadoria”, porque é o INSS o órgão pagador;
8. As secretarias municipais de Assistência Social não vêem o BPC como sendo responsabilidade do município;
9. Uma das maiores dificuldades apontadas é o desconhecimento que os assistentes sociais *têm do que é o benefício*;
10. Não há levantamento ou estudos sobre os pedidos indeferidos;
11. Um dos critérios que mais dificulta o acesso ao benefício é o critério renda per capita;
12. Falta de comunicação e distância da maioria dos órgãos de assistência social com as agências executivas do INSS e o poder judiciário;
13. Engessamento de recursos para operacionalização do BPC.

a4) Mudanças necessárias

Os entrevistados apontam como **melhorias** a serem efetuadas para que o BPC alcance seus objetivos os seguintes aspectos:

1. Democratização dos dados, articulação entre as políticas, formulação de políticas com dados de realidade;
2. Manutenção e atualização de banco de dados;

3. Maior divulgação nacional;
4. Ajustes da legislação;
5. Revisão da terminologia e critérios utilizados na avaliação das incapacidades para o trabalho laborativo;
6. Ajuste da renda para, pelo menos, metade do salário mínimo.

a₅) Princípio de universalidade

O maior ganho do BPC foi o início da divulgação, ainda incipiente, esclarecendo que o benefício é da Assistência Social e não da Previdência. Outro avanço, embora não tenha sido o desejável, foi o acesso à clientela do BPC através dos dados das revisões, com nomes completos, endereços, grupos familiares e condições sociais das famílias.

Alguns gestores acreditam que, como maior programa de renda mínima da América Latina, o BPC deve ser melhorado, mas é uma forma eficiente de distribuição de renda e outros, acreditam que a **universalidade** não está garantida para todos, primeiro porque não há divulgação e segundo, porque não há diagnósticos precisos.

3.9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BPC, considerado o maior benefício da América Latina, é um mecanismo legal de proteção social para as pessoas que não possuem condições de obter renda, primeiro mínimo social previsto para todos os brasileiros, com um conceito bastante abrangente. Um de seus maiores problemas é com relação às dificuldades de acesso ao benefício, impostas pelos critérios e pela forma seletiva que não correspondem aos dispositivos constitucionais.

Há uma grande incongruência entre a Carta Magna e a LOAS. De um lado, a Constituição, no artigo 203, afirma que os sujeitos de direito à assistência social são aqueles que dela necessitam, não criando restrições para o acesso; no entanto, idosos e deficientes têm que comprovar a impossibilidade de prover sua subsistência, ou tê-la provida por sua família (SANTOS, 2004).

A seletividade imposta e exigida dissolve a proposta de universalidade afirmada na Constituição, uma regulação que passa pelo crivo do INSS, abrindo no Judiciário Previdenciário espaços para a defesa dos direitos humanos e sociais. E a busca pela dignidade. A comprovação da idade não implica em muitas dificuldades, mas a

comprovação da deficiência exige uma avaliação médica e documentos comprobatórios. A natureza jurídica do benefício assistencial impõe o não recebimento de outro benefício previdenciário, embora não o impeça da assistência médica no âmbito da seguridade. O direito constitucional é transformado em benefício familiar.

Para fazer jus ao benefício, o idoso ou PPD deve comprovar não somente suas condições, mas também dos demais membros da família. Submete o direito a uma condição externa, vinculando o benefício à situação sócio-econômica do direito individual ao direito da subsidiariedade, colocando o Estado, no que tange à sua responsabilidade para com a instituição família, em um papel secundário, embora a mesma que não resida no mesmo teto.

... Tornou-se um mínimo operacionalmente tutelado, um quase direito, na mediada em que seu acesso é submetido à forte seletividade de meios comprobatórios, que vão além da manifesta necessidade do cidadão... (SPOSATI, 2004).

Diante dos resultados, a pesquisa aponta para a fragilização e para as vulnerabilidades dos beneficiários que têm a qualidade de vida comprometida. O BPC, em 90% dos casos, constituiu-se na única renda familiar. Não supre as necessidades e dificuldades provocadas pelo processo de envelhecimento e pelas incapacidades congênitas ou adquiridas.

O conceito de família mononuclear e o conceito de família previdenciária, ou seja, pais, mães e filhos menores de 21 anos, utilizado a partir de 1998, foram analisados comparativamente nas tabelas apresentadas. A conclusão é que o conceito previdenciário de família é por demais excludente. De um lado, distorce a realidade porque não leva em consideração os demais integrantes do grupo familiar e de outro, não permite a análise do real impacto do benefício na unidade familiar mais ampla.

Outro aspecto fundamental diagnosticado é o tempo de utilização do BPC, no caso dos falecimentos, que representaram 13% do universo pesquisado. A esperança de vida brasileira aumentou consideravelmente, porém, no início das concessões do BPC, os idosos e PPDs somente no final de suas vidas conseguiram uma proteção social, ainda que mínima, por parte do Estado. De que vale essa proteção quando as

incapacidades, a velhice e a pobreza já estão instaladas? Não estaremos indo à contramão da prevenção e da inclusão?

Quanto à caracterização e tipo das moradias, verificamos que as famílias vivem em habitações pequenas, com famílias numerosas e, de forma geral, ou são cedidas, ou são próprias, mas necessitam de reparos, pagamento de impostos atrasados, entre outros.

No item principal dificuldade de vida, aparece o desemprego como o grande fantasma que assola as famílias, levando a outras formas de exclusão, como a exclusão sócio-econômica, através da impossibilidade das famílias equilibrarem suas finanças com um patamar mínimo de consumo.

Nas tabelas onde analisamos os problemas de saúde surgem, de forma clara, os indicadores de vulnerabilidade: as doenças que acompanham as deficiências e a velhice, associadas às dificuldades de ordem sócio-econômica para suprir o restante das despesas. Na avaliação das incapacidades, verificamos que o índice das doenças crônicas ou incapacitantes é pequeno. Isso pode significar que poucas pessoas têm a informação de que essas doenças são causadoras de incapacidades, pois deixam seqüelas irreversíveis que impossibilitam para o trabalho e para a vida.

Outro aspecto importante a discutir é a dificuldade dos beneficiários aos programas de reabilitação. Tanto idosos como deficientes realizam tratamento médico na rede de saúde, mas encontram dificuldades de transporte e vagas no acesso a programas de reabilitação.

Um ponto muito importante a destacar, levantado na pesquisa, é o número de beneficiários que sofreram cortes: desconsiderados os falecimentos, que representaram 13% dos casos, os demais, como as ocorrências devido a não-localização ou mudança de endereço, ou mesmo restrições da perícia, representaram 30% dos benefícios. A revisão deve ter o caráter de justiça social e não representar ameaça ao benefício.

De forma geral, os resultados apresentados poderão contribuir na formulação de ações governamentais e de organizações não-governamentais. Ao buscar a inclusão social, os municípios têm grandes desafios a serem enfrentados para o atendimento das deficiências, da velhice e da pobreza. Para colocar o BPC no campo da cidadania, ainda é preciso muitas mudanças, pois muitos avanços já se concretizaram, porém são imprescindíveis algumas regulamentações e alterações, como:

1. Mudança do conceito de família;

2. Mudança no conceito de deficiências;
3. Mudança nas per captas;
4. Mudança nos critérios objetivos de acesso ao benefício;
5. Cadastro municipal do BPC para identificação e inserção em programas;
6. Combate a suspensões de benefício indevido;
7. Término da restrição de outro benefício previdenciário na família;
8. Participação responsável das secretarias de assistência no processo de concessão e revisão do benefício;
9. Priorização de ações de qualificação e sensibilização dos técnicos;
10. Publicização do BPC para usuários e gestores municipais e de organizações não governamentais;
11. Aperfeiçoamento do benefício sintonizando as ações entre as políticas de seguridade social;
12. Controle Social regular e democrático;
13. Elaboração e oferta de serviços assistenciais, voltadas para o desenvolvimento das potencialidades com vistas à inclusão social;
14. Criação de Fóruns específicos de debates para apresentação de estudos, pesquisas e experiências de cooperação técnica;
15. Criação e fortalecimento de redes de atenção ao idoso e ao PPD;
16. Suporte e fortalecimento de Conselhos Municipais para a realização de movimentos sociais que resultem em mudanças e avanços dos mínimos sociais;
17. Articulação com outros programas governamentais para o aproveitamento racional de recursos;
18. Integração com outras políticas sociais desde a elaboração, execução, monitoramento e avaliação, para superação da fragmentação e da exposição às vulnerabilidades.

O BPC chegou tardiamente ao Brasil, a partir da regulamentação da LOAS, enquanto em outros países, como a França, Alemanha, Holanda e Bélgica, esse benefício assistencial passou a existir a partir da década de 1940. Caracterizou-se pela junção da Renda Vitalícia com a situação de renda mínima, isto é, união daquela clientela sem tempo de contribuição com aquelas que nunca contribuíram. Deixou sem

respaldo previdenciário ou assistencial uma legião de pessoas, que ficaram excluídas porque não se encaixaram em um ou em outro critério.

Não articulou a possibilidade de outro benefício, comprometendo a equidade, ao colocá-lo na esfera individual. Utilizou como critério fundamental para concessão a renda familiar, sem considerar as condições de vulnerabilidade e fragilidade da família.

O direito individual confunde-se com o direito da família, a miserabilidade familiar com a miserabilidade de idosos e portadores de deficiência. Tornou-se inadequado o controle social proposto, pois partiu da premissa do controle de fraudes ou inserções indevidas no benefício e relacionou sua continuidade à visita domiciliar e não ao seu cadastramento.

No passado, o BPC não surgiu de um debate popular, a sociedade ficou à margem do processo e só tomou conhecimento do benefício muito tempo depois. Os movimentos mais significativos foram aqueles a favor dos portadores de deficiência, na concretização e normatização do direito constitucional.

Hoje, o governo federal acena com um prognóstico favorável, que merece ser destacado: a implantação e a construção do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, que contribuirá para a efetividade do BPC e da LOAS.

O SUAS resultou de uma deliberação realizada na IV Conferência Nacional de Assistência Social, ocorrida em dezembro de 2003, em Brasília/DF. Sua implantação está prevista no Plano Nacional de Assistência Social de 2005-2007. O objetivo principal é reestruturação orgânica da assistência social, através do redimensionamento do atual sistema de descentralização e participação, para atendimento das demandas sociais em busca de sua efetivação como direito de cidadania e responsabilidade do Estado.

O SUAS propõe a construção da proteção social, que buscará conhecer mais de perto as diferentes realidades, considerando três aspectos fundamentais: as pessoas, as circunstâncias e a família, uma vez que os riscos sociais acontecem no dia-a-dia das pessoas, em local determinado. O direito à proteção social estará aliado ao desenvolvimento humano, não apenas provendo as necessidades básicas ou cobrindo vulnerabilidades, mas caminhando para o desenvolvimento de potencialidades, com emancipação e autonomia, o que implica em maior acesso e universalização de bens, serviços e programas como o BPC.

Esses serviços, programas e projetos funcionarão como redes de proteção específicas para cada situação de vulnerabilidade, conforme a complexidade da questão social. Serão classificados em proteção básica (BPC) e/ou proteção especial, que estarão integradas às outras políticas sociais do município, a fim de prevenirem riscos sociais e garantirem sustentabilidade.

O BPC é o responsável por boa parte do orçamento da Assistência, com previsão de atendimento de 2,5 milhões de pessoas, com 8 bilhões de reais, segundo o PNAS, mas tem problemas a serem resolvidos e um dos mais graves é a apropriação do benefício por entidades sociais de abrigo. Embora o problema não tenha sido analisado neste trabalho, cremos que deve ser enfrentado por novos sistemas de controle e avaliação.

Embora muitas outras mudanças sejam necessárias, sem dúvida nenhuma o BPC é um processador de inclusão social pela *significância da certeza e do direito*, o que coloca o Brasil em posição de destaque em toda a América Latina. Seu principal valor, como primeiro mínimo social que independente de vínculo empregatício, configurou-se em um direito constitucional real, que caminhou no combate à pobreza, causando impactos relevantes e significativos, mudando a situação de indigência de milhares de pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C.A..M. *Reforma do estado e políticas sociais no Brasil*. Recife. 2001. Mimeografado.

ALMEIDA, G.H.L.R. O estado brasileiro contemporâneo. Disponível em: <<http://www1.jus.com.Br/doutrina/texto.asp?id=55>>. Acesso: 05 nov. 2002.

ARARAQUARA VIVA. *Lentes da Cidade - Araraquara*. São Carlos: Rima, 2003, 96 p.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA *Plano Plurianual de Assistência Social do Município de Araraquara*. Araraquara: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2003.

MORADA da cidadania: Prefeitura de Araraquara. Disponível em: <<http://www.araraquara.gov.br>>. Acesso em: 07 nov. 2003.

ARENDT, H. *A condição humana*. 10.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

ARON, R. *As etapas do pensamento sociológico*. 5.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ARRETCHE, M. T. S. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan, São Paulo: FAPESP, 2000.

BARBOSA, A.M.L. A Assistência Social e a pessoa portadora de deficiência. *Cadernos ABONG*, São Paulo, n. 19, out. 1997. (Série Subsídios às Conferências de Assistência Social) Disponível em: <http://www.abong.org.br/publicaçõescadernosabong_antigos.asp>

BARROS, A; L. N. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

BARROSO, M. J. A Assistência social e o idoso um desafio, uma reflexão. *Cadernos ABONG*, São Paulo, n. 19, out. 1997. (Série Subsídios às Conferências de Assistência Social) Disponível em: <http://www.abong.org.br/publicaçõescadernosabong_antigos.asp>

BILLI, M. A Agenda de transição da desigualdade social, país de Fernando Henrique Cardoso, concentra renda, gasto social evita mais pobreza, *Folha de São Paulo*, São Paulo, 17 out. 2002. Caderno especial, p.5.

BORTOLETTO, A L. et al. LOAS: Benefício de Prestação Continuada: limites e avanços. *Cadernos de Serviço Social*. Campinas, ano 9, n.16, 2000.

BRANCO, F. Mínimos de cidadania e inclusão social: Contributos para análise do percurso e atualidade dos mínimos sociais em Portugal. In: SPOSATI, A (org). *Proteção social de cidadania. Inclusão de idosos e pessoas com deficiências no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Seguro Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. *Benefício de Prestação Continuada*. Brasília, DF: MPAS, INSS. 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. *Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social*. 2.ed. Brasília, DF: MPAS, SEAS. 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. *Sistema Norma Operacional Básica da Assistência Social*. 2.ed. Brasília, DF: MPAS, SEAS. 2002.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. *Brasília social: algumas questões básicas: financiamento, planejamento, monitoramento e avaliação da assistência social*. Brasília, DF: MPAS, SEAS. 1999. (Série Diálogo, v.2).

BRASIL. Ministério da Promoção e Assistência Social. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.gov.br/recrys/bpc/docs/downlaud_dez_02/SP_dez_02.pdf>. Acesso em: 7 set. 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Benefício Assistencial de Prestação Continuada BPC-LOAS: evolução dos gastos efetuados no período de 1996 a 2001*. Disponível em <http://www.assistenciasocial.gov.br/recrys/bpc/1_tab_evolucao_gastos.htm>. Acesso em: 15 mar. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Plano Nacional de Assistência Social*. 2005-2007, Brasília, DF: MDS, 2004

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção I, p. 18769.

BRAZ, D. Estudo revela áreas vulneráveis. *Tribuna Imprensa*, Araraquara, p. 12, 28 nov. 2004. Economia Regional.

CAMPOS, A et al. (Org.). *Atlas da exclusão social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial*. São Paulo: Cortez, 2003. v.2

CARVALHO, M. A política de assistência social no Brasil dilemas na conquista de sua legitimidade. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 62, p.144 -155, mar. 2000.

CASTELL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p.11-13.

CIDADANIA. Brasília: Secretaria de Assistência Social, 1998.Trimestral.

COHEN, E. F. R. *Avaliação de projetos sociais*. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, 4ª REGIÃO. Revisão do BPC: a posição do CFESS. *Jornal do Comércio*, 31 maio 2000. Caderno Internacional, p.11.

CONSTANTINO, L.; FREITAS, S. Governo trata deficientes de forma desigual. *Folha de São Paulo*, 2 mar. 2004. Caderno Ribeirão. p.5.

CUNHA, R.E. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: o financiamento de políticas sociais no Brasil. In: *Capacitação em serviço social e política social: programa de capacitação continuada para a assistência social: módulo 3*. Brasília, DF: UNB, 2000. p.87-102.

DARENDORF, R. *O conflito social moderno*. Rio de Janeiro: Zahar. São Paulo: Edusp, 1992.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: *Reforma do estado e políticas de emprego no Brasil*. Campinas: UNICAMP, 1998.

DRAIBE, S. M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Lua Nova*, São Paulo, n.31, p.5-46, 1993.

ESPING- ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, São Paulo, n.24, p. 85 - 116, 1991.

BOSCHETTI, I.S.; TEIXEIRA, S.O. Natureza e abrangência do financiamento da assistência social. In: *Anais II Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade*, 2000. Porto Alegre, RS. Caderno de comunicações do II Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2000. v.1. p. 415-421.

FERREIRA, I.B. Do dever moral de ajuda ao dever legal de Assistência. *Cadernos de Textos de Serviço Social*, Belém, v.4, n. 5, out. 1998.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A G. Benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocesso e limites- construindo possibilidades de avanços. SPOSATI, A (org). *Proteção social de cidadania. Inclusão de idosos e pessoas com deficiências no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

GOMES, A. L. *Revisão de Prestação Continuada*. 2000. Mimeografado.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTINELLI, M.L. *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez, 1989.

MINAYO, M. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.; SOUZA E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplina e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.4, n.3, p. 513-31, nov. 1997/fev. 1998

MINAYO, M. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

MISHRA, R. *O estado providencia na sociedade capitalista*. Oeiras: Celta, 1995.

MORO, S. F. Restrição legal ao direito fundamental ao benefício da assistência social. *Revista de Previdência Social*, São Paulo, ano 25, n. 249, p.249-559, ago 2001.

- NAHASS, D. Pesquisa mostra falhas e avanços da assistência social no governo FHC. Disponível em: <<http://www.globoNews.com>>. Acesso em: 23 set. 2002.
- OLIVEIRA, L. C. A ideologia e o exercício do profissional de Serviço Social. *Serviço Social e Realidade*, Franca, n. 2, p. 90-105, 1993.
- PAUGAM, S (ed). *L europe face à la pauvreté: les experiences nationales de revenue minimum*. Paris. La Documentation Française, 1999
- POCHMANN, M. (Org.). *Outra cidade é possível: alternativas de inclusão social em São Paulo*. São Paulo: Cortez, 2003. v.2. p.13-19.
- RAICHELIS, R. *Esfera pública e conselhos de Assistência Social: caminhos de construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.
- RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.
- RICO, E.M.(Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998.
- SANTOS, M.F. Benefício de prestação continuada e proteção social no Brasil- limites e perspectivas. IN: SPOSATI, A (org). *Proteção social de cidadania. Inclusão de idosos e pessoas com deficiências no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. *Aspectos Jurídicos*. Imprensa Oficial: São Paulo, 1999.
- SPOSATI, A (Org.). *Proteção social de cidadania: Inclusão de idosos e pessoas com deficiências no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SPOSATI, A. O. et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. São Paulo: Cortez, 1988.
- SPOSATI, A. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano 18, n.55, p. 9 -36, nov. 1997.
- SPOSATI, A.; FALCÃO, M.C.; TEIXEIRA, S.M.F. *Os direitos (dos desassistidos) sociais*. São Paulo: Cortez, 1989
- SPOSATI, A.; FALCÃO, M. C. *Assistência Social brasileira: descentralização e municipalização*. São Paulo: Educ, 1990.

TELAROLLI, R. *O poder local na República Velha*. São Paulo: Nacional, 1977. p. 33 – 128. (Brasiliense, v.364).

TRIVINÕS, A.N.S. *Introdução a pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANNA, M.L.T.W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, 1998.

ANEXOS

Anexo 1: Usuários da Política

Anexo 2: Entrevista com Gestores

Anexo 3: Principais Legislações: pessoa idosa e portadora de deficiências.

Anexo 4: Entidades Sociais com registro no CMAS

Anexo 5: Prestadores de Serviços Assistenciais de Araraquara com Registro no Comitê da Cidadania.

Anexo 6: Concessões e Gastos BPC- 1996- 2002

ANEXO 1

USUÁRIOS DA POLÍTICA

Nome

Beneficiário _____

Endereço _____

Data de nascimento ____/____/____ Data da concessão ____/____/____/ etapa revisão _____

1- Tipo de beneficiário:

a) pessoa idosa

b) pessoa portadora de deficiência

2- Composição Familiar

Nº	Nome	Parente.	Escol.	Ocupação	idade	Renda

3- Caracterização sócio econômica

a) despesas familiares

<u>Moradia</u>	Vestuário
Água	Educação
Luz	Alimentação
Asfalto	Transporte
Gás	Saúde
Telefone	Outras
Aluguel	ToTal

b) Orçamento familiar

Renda
Despesas familiares
Saldo

4- Apontar a principal dificuldade financeira familiar.

5- Condições de moradia

- a) própria
- b) alugada
- c) cedida

6- N° de cômodos da casa:

- a) de 1 a 3 cômodos
- b) 4 a 5 cômodos
- c) 5 ou mais cômodos

7- Possui saneamento básico?

- a) água encanada
- b) luz
- c) asfalto
- d) nenhum saneamento

8- Problemas de saúde apresentados na família:

- a) deficiências
- b) doenças cardíacas
- c) doenças circulatórias
- d) câncer
- e) outras

9- Outros problemas familiares:

- a) conflitos
- b) trabalho infantil

- c) desemprego
- d) álcool
- e) drogas
- f) outros

10- Indique os principais problemas comunitários.

11- Como é utilizado o dinheiro do benefício.

12- Como você ficou sabendo do BPC?

- a) INSS
- b) Assistência social
- c) Advogado
- d) Organização não governamental
- e) outros

13- Há quanto tempo recebe o benefício?

- a) um ano
- b) dois anos
- c) três anos
- d) quatro anos
- e) cinco anos ou mais

14- Quem saca o dinheiro e tem acesso a senha?

- a) membro da família
- b) representante da entidade
- c) o beneficiário
- d) o tutor legal

15- Histórico da concessão.

16- Qual foi a principal mudança na vida pessoal e familiar depois da concessão do benefício?

17- Beneficiário realiza atividades de vida diária como higienização?

- a) sem acompanhamento
- b) com acompanhamento

18- Beneficiário realiza atividades de vida diária como alimentação?

- a) sem acompanhamento
- b) com acompanhamento

19- Beneficiário realiza atividades de vida diária como vestuário?

- a) sem acompanhamento
- b) com acompanhamento

20- Capacidade de locomoção:

- a) normal
- b) órteses ou similar
- c) prótese de um membro
- d) utilização de cadeiras de rodas
- e) outro

21- Controle Excretor:

- a) normal
- b) sem controle

22-Tipo de incapacidade do beneficiário:

- a) mental
- b) doença mental
- c) deficiência auditiva
- d) deficiência visual
- e) doença crônica e incapacitante
- f) deficiência de locomoção
- g) múltiplas

23- Histórico da incapacidade.

24- Participa de algum programa de reabilitação?

a) Sim

b) Não

25- Órgãos de saúde que utiliza.

a) PSF (Programa de Saúde da Família)

b) UBS (Unidade Básica de Saúde)

c) ONG de saúde

d) Outros

26- Possui carteirinha de transporte gratuito?

a) Sim

b) Não

c) desconhece o benefício

27- Participa de outros programas de saúde, educação ou assistência? Quais?

28- Possui alguma aptidão para o mercado de trabalho ou interesse em atividades que melhorem a renda familiar e a auto-estima ?

29- Qual a necessidade prioritária do beneficiário?

Dados conclusivos:

30- Segundo o técnico, o beneficiário está sendo explorado, vitimizado, amparado? Porque?

ANEXO 2

ENTREVISTA COM OS GESTORES

- 1- Qual a sua formação profissional?
- 2- Caracterização e tempo de trabalho no órgão.
- 3- Você acompanhou o processo de implantação do BPC ?
- 4- Comente o processo de concessão do benefício.
- 5-Quais os elementos dificultadores do processo e quais os facilitadores?
- 6- Que comentários você faria sobre a municipalização da revisão.
- 7- Possui dados estatísticos sobre a demanda de idosos e portadores de deficiência que teriam direito ao benefício no Brasil e em São Paulo?
- 8-Quantos beneficiários têm no Brasil e em São Paulo?
- 9-Qual é o montante financeiro gasto com o BPC no Brasil e no Estado de São Paulo?
- 10- Você acha que os princípios de distributividade e universalidade do direito estão garantidos?
- 11- Acredita que o BPC seja um instrumento de inclusão social?Justifique.
- 12-Em sua opinião quais as mudanças necessárias para melhorar o processo de concessão e revisão do BPC?

ANEXO 3

PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES: PESSOA IDOSA E PORTADORA DE DEFICIÊNCIAS

- a) *Constituição Federal* de 1988 Os artigos 203 e 204.
- b) *Lei Orgânica da Assistência Social*- LOAS, nº 8.742, de 7/12/93.
- c) *Medida Provisória nº 813, de 1/1/95* – dispõe sobre a transformação do Ministério da Previdência e Assistência Social , que vincula a este à Secretaria de Assistência Social.
- d) *Decreto nº 1.605, de 25/8/95*, que regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social instituído pela LOAS.
- e) *IN/STN nº 03/93 e nº 01/97- Instruções Normativas/Secretaria do Tesouro Nacional*-

Constituição Federal

Aprovada em 05 de outubro de 1988, artigos 229 e 230.

- ✓ Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.
- ✓ A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando-lhes o direito à vida.
- ✓ Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.
- ✓ Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.

Lei Orgânica da Assistência Social

Nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993, art.2º, I,V.

- ✓ A assistência tem por objetivos:
- ✓ A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice;

- ✓ A garantia de um salário mínimo de benefício mensal a pessoa portadora de deficiência e aos idosos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida pela sua família.

Política Nacional do Idoso

Nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994,
Regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03 de junho de 1996.

- ✓ A família e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida;
- ✓ O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informações para todos;
- ✓ O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- ✓ O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
- ✓ As diferenças econômicas, sociais, regionais e particularmente, as contradições entre o meio rural e urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação dessa lei.

Política Estadual do Idoso

Nº 9.892 de 10 de dezembro de 1997
Art.1º, 2º, 3º 4º e 5º.

- ✓ Fica instituída a política estadual do idoso, que tem por objetivo garantir ao cidadão com mais de sessenta anos condições necessárias para continuar no pleno exercício da cidadania.
- ✓ Ao cidadão idoso serão assegurados todos os direitos à cidadania a saber:
Direito à vida; direito à dignidade; direito ao bem estar; direito à participação na sociedade.
- ✓ A família, a sociedade e o Estado, observarão a aplicação e o cumprimento da presente lei.
- ✓ A política estadual do idoso é universal e reger-se-á pelo princípio da igualdade.
- ✓ O processo do envelhecimento deve ser objeto de conhecimento, de estudo, e de informações da sociedade em geral.

Estatuto do Idoso

Lei 10.471 de 1/10/2003

Artigos 1º 2º, 3º 4º e 5º.

- ✓ É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos;
- ✓ O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade;
- ✓ É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.
- ✓ Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.
- ✓ Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.
- ✓ Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos dos idosos, definidos nesta Lei.

O Conselho Estadual para assuntos da pessoa portadora de deficiência, aponta para a seguinte legislação básica:

LEI Nº 3.071

10 de janeiro de 1916 –

Em parágrafo acrescentado pela LEI Nº10.050, de 14/1/00, na falta do pai ou da mãe o direito de habitação é estendido ao filho com deficiência impossibilitado de trabalhar.

Deliberação Nº 14/83

27 de dezembro de 1983

Dispõe sobre a organização do desporto para cegos.

LEI Nº 7.405

12 de novembro de 1985

Uso do Símbolo Internacional de Acesso.

Lei Complementar

19 de dezembro de 1986

Concede Isenção do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) para veículos destinados a uso exclusivo de pessoas com paraplegia e outros tipos de deficiência física.

**Constituição Federal,
5 de outubro de 1988**

Base para todos os Decretos, Leis, Portarias e resoluções oficiais pertinentes a pessoas com deficiência, a Constituição da República Federativa do Brasil traz os seguintes dispositivos específicos: art. 3º, IV; art. 7º, XXXI; art. 24, XIV; art. 37, VIII; art. 203, IV e V; art. 208, III; art. 227, § 1º li, e § 2º; e art. 244. O art. 37,111, estabelece que "a LEI reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão".

LEI Nº 7.713

22 de dezembro de 1988 –

Isenta ao imposto de Renda os proveitosos percebidos por pessoas com cegueira, Hanseníase, paralisia irreversível e outras condições.

LEI Nº 7.853

29 de outubro de 1989

É a LEI que criminalizou o preconceito em relação às pessoas com deficiência (art. 8º). Cria a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), que atualmente é órgão do Ministério da Justiça, subordinado à Secretaria Nacional dos Direitos Humanos

LEI Nº 8.069

13 de julho de 1989

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece procedimentos nas áreas de saúde, educação, cultura, esporte, lazer, profissionalização, trabalho com autores de atos infracionais, no atendimento a crianças e adolescentes com deficiência.

LEI Nº 8.112

11 de dezembro de 1990

Traz a previsão da reserva de vagas para pessoas com deficiência em concursos públicos, cm até 20% (vinte por cento).

DECRETO 129,

22 de maio de 1991 - Promulga a Convenção 159, da Organização Internacional do Trabalho, que trata da reabilitação profissional e emprego de pessoas com deficiência.

LEI Nº 8.213

25 de julho de 1991 –

Prevê a reserva de 2% a 5% dos cargos em empresas com mais de 100 empregados para beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência habilitadas e dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

PORTARIA Nº 116

9 de setembro de 1993 - Concessão de órteses, próteses e bolsas de colostomia pelo SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

LEI Nº 8.742

7 de dezembro de 1993

Dispõe sobre a organização da assistência social.

LEI Nº 8.899

29 de junho de 1994

Concede passe livre às pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual

PORTARIA Nº 4.017

17 de novembro de 1995

Recomenda que sejam levadas em consideração na flexibilização do horário de trabalho, as necessidades dos servidores responsáveis por pessoas com deficiência sensorial ou mental que requeiram atenção permanente ou tratamento educacional, fisioterápico ou terapêutico ambulatorial em instituição especializada.

DECRETO 1.744

8 de dezembro de 1995 –

Regulamenta o benefício da prestação continuada devido à pessoa com deficiência e ao idoso, de que trata a LEI Nº 8.742, de 7112193.

INSTRUÇÃO NORMATIVA TST 7

21 de março de 1996

Disciplina o exercício do direito de as pessoas com deficiência se inscreverem em concurso público para provimento de cargos cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência que elas têm.

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 65

5 de dezembro de 1996 –

Dispõe sobre a dedução, no cálculo do Imposto de Renda, de despesas médicas e despesas com aparelhos e próteses ortopédicas.

LEI 9394

20 de dezembro de 1996.

No art. 4º, estabelece como dever do Estado garantir atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino

LEI 9.527

10 de dezembro de 1997

Dispõe sobre a concessão de horário especial ao servidor com deficiência, comprovada por junta médica oficial.

PORTARIA 4.677

29 de julho de 1998

Esta Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social obriga as empresas com mais de 100 empregados a contratar beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência habilitados na proporção de 2% a 5% de suas vagas.

RESOLUÇÃO 80

19 de novembro de 1998

O Conselho Nacional de Transito (CONTRAN) estabelece critérios para a habilitação de pessoa com deficiência física como motorista.

PORTARIA 772

26 de agosto de 1999

Ministério do Trabalho e Emprego não considera haver relação de emprego quando o trabalho da pessoa com deficiência é realizado com a intermediação de entidade sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, de comprovada idoneidade e que tenha por objetivo assistir a pessoas com deficiência.

PORTARIA 537

1º de outubro de 1999

O Ministro da Justiça aprova a composição e o funcionamento do Conade - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência.

DECRETO 3.298

20 de dezembro de 1999 –

Regulamenta a LEI Nº 7.853/89 e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Estabelece diretrizes nas áreas de saúde, educação, habilitação e reabilitação profissional, trabalho, cultura, desporto, turismo, lazer, capacitação de profissionais especializados e acessibilidade.

LEI Nº10.048

8 de novembro de 2000

Dão prioridade ao atendimento de pessoas com deficiência, idosos acima de 65 anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

DECRETO Nº 3.691

19 de dezembro de 2000

Regulamente a LEI 8.899, de 29 de junho de 1994

Passe livre às pessoas com deficiências comprovadamente carentes e dispõe sobre o transporte de pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.

LEI Nº 10.098

19 de dezembro de 2000 –

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida nas áreas do transporte, da comunicação e da sinalização.

LEI Nº 10.116

15 de maio de 2001

Acrescenta parágrafos ao artigo 135, da LEI Nº 4.737, de 15/7/65 (que institui o Código Eleitoral), determinando a expedição de instruções sobre a escolha dos locais de votação de mais fácil acesso para o eleitor com deficiência física.

RESOLUÇÃO Nº 2

11 de setembro de 2001 –

O Conselho Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica. Trata-se da primeira RESOLUÇÃO com força de LEI a defender a Implantação de escolas inclusivas, na perspectiva de uma sociedade que acolha a diversidade humana e as diferenças individuais. Mas mantém um sistema separado do sistema regular de ensino ao admitir, escolas especiais e classes especiais: ainda que extraordinariamente e em caráter temporário.

DECRETO Nº 3.956

8 de outubro de 2001

Promulga a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as formas de Discriminação de Pessoas Portadoras de Deficiência, também conhecida como a Convenção da Guatemala. Incorpora o texto dessa Convenção

LEI 10.436

24 de abril de 2002 –

Reconhece a Libras (Língua de Sinais Brasileira) e outros recursos de expressão a ela associados como meio legal de comunicação e expressão.

ANEXO 4**ENTIDADES COM REGISTRO NO CMAS****1 UNIÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE ARARAQUARA- UDEFA.**

Av. Paulo da S .Ferraz nº 677 - Vila Xavier - CEP: 14.810-182 - Fone: 3332-3448

Regime: Reabilitação de pessoas portadoras de deficiência - meio aberto

2 LIGA DE ASSISTÊNCIA CRISTO REI

R. D. Pedro I n.º 1298 - Vila Xavier — CEP: 14.810.108 - Fone: 3322-2076

Regime: Residencial para crianças e adolescentes de ambos os sexos.

3 ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE)

Av. Cientista Frederico de Marco nº 750 - V Xavier – CEP: 14.810.185 Fone: 3337-3800

Regime: Reabilitação de pessoas portadoras de deficiência - meio aberto

4 - SOCIEDADE DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO SOCIAL IMACULADA CONCEIÇÃO -Seprosic

R. Padre Duarte, 2051 – Centro – CEP: 14.801.320 - Fone: 3336-6902

Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto para adolescentes do sexo feminino.

5 -VILA VICENTINA - OBRA UNIDA À SOCIEDADE SÃO VICENTE DE PAULO

R. São Vicente de Paulo n.º 252 - Vila Xavier – CEP: 14.810.050 - Fone: 3322-0788

Regime: Residencial para idosos.

6- ASILO DE MENDICIDADE DE ARARAQUARA

Av. D. Pedro II n.º 1107 – Carmo – CEP: 14.801.040 - Fone: 3322-3787

Regime: Residencial para idosos.

7- LAR ESCOLA REDENÇÃO

Av. Francisco Sampaio Peixoto n.º 372 - São José - CEP: 14.800.530 - Fone: 3322-6923

Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto para adolescentes do sexo masculino e apoio à família.

8- CASA BETÂNIA

Av. Duque de Caxias n.º 967 – Centro – CEP 14.801.120 - Fone: 3332-1200

Regime: Residencial para crianças, adolescentes e mães solteiras.

9- SOCIEDADE AMIGOS DO BAIRRO DE SANTA ANGELINA

R. Voluntários da Pátria n.º 4331 - Sta. Angelina – CEP: 14.802.205 - Fone: 3335-2777

Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto para adolescentes de ambos os sexos.

10 -SERVIÇOS DE OBRAS SOCIAIS (SOS)

Av. Portugal n.º 1030 – Centro – CEP: 14.801.075 - Fone:3322-4822

Regime: Apoio a famílias em situação de exclusão

11- CENTRO DE PROMOÇÃO EDUCACIONAL E SOCIAL NA COMUNIDADE

Rua São Bento n.º 2524 – Santa Angelina – CEP: 14.802.290 - Fone: 3336-4547
Regime: Preparação para o trabalho para adolescentes de ambos os sexos em meio aberto

12- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE E DE PROMOÇÃO SOCIAL SÃO JOSÉ

R. Expedicionários do Brasil nº 556 - São José (Creche São José) – CEP: 14.14.800.230 - Fone: 3332-1733
Regime: Creche para crianças de 0 a 6 anos.

13 -CENTRO COMUNITÁRIO NOSSA SENHORA DO CARMO

R. João Gurgel nº 1871 – Carmo – CEP: 14.80.405 - Fone: 3336-5586
Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto e creche de 0 a 6 anos.

14-NOSSO NINHO “ THEREZINHA MARIA AUXILIADORA

Rodovia Manoel de Abreu Km 02 – Serralhal – CEP: 14.801.970 - Fone: 3324-4546
Regime: Residencial para portadores de deficiências mentais e múltiplas.

15-LAR JUVENIL ARARAQUARENSE “DOMINGOS SÁVIO”

R. Armando Salles de Oliveira, 715 - São Geraldo – CEP: 14.801.335 - Fone: 236-6995
Regime: Residencial para crianças e adolescentes do sexo masculino

16-CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE “REEINTEGRA BRASIL”

R. Nova Europa, 1679 - Quitandinha - CEP: 14.800.010 - Fone: 3322-3964
Regime: Medidas sócio- educativo em meio aberto para adolescentes.

17-LAR ESCOLA RITA MARIA DE JESUS

R. Cândido Portinari, 46 - Vila Xavier – CEP: 14.810.255 - Fone: 3337-4760
Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto para crianças e adolescentes de ambos os sexos.

18-SOCIEDADE BENEFICENTE OBREIROS DO BEM - CRECHE MEIMEI

R. Itália, 1935 – Centro – CEP: 14.801.350 - Fone: 236-5283
Regime: Creche de 3 a 6 anos.

19-INSTITUTO DOS CEGOS SANTA LUZIA

Av. Pe. Antônio Cezário, 875 - Vila Xavier – CEP: 14.810.142 - Fone: 3322-2009
Regime: Residencial para pessoas portadoras de deficiência visual

20- HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPÍRITA “CAIRBAR SCHUTEL”

Av. Cairbar Schutel, 454 – Jardim Arco Íris – CEP: 14.808.362 - Fone: 3322-4466
Regime: Atendimento hospitalar a portadores de distúrbios psiquiátricos.

21- LAR E INTERNATO OTONIEL DE CAMARGO

Av. Gutemberg , 553 - Vila Xavier – CEP: 14.810.180 - Fone: 3337-4373
Regime: Residencial para idosos.

22-GASPA GRUPO DE APOIO E SOLIDARIEDADE AOS PORTADORES DO VIRUS HIV DE ARARAQUARA

Av. Bandeirantes n.º 668 – Centro – CEP: 14.801.180 - Fone: 3336-1363

Regime: Apoio sócio-educativo a portadores do vírus HIV.

23-CEDRO MULHER – CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

Rua Voluntários da Pátria n.º 1759 – Centro – CEP: 14.801-320 – Fone: 3332-9085

Regime: Defesa, proteção e promoção da adolescente mulher

24-CEPAR - CENTRO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DO MENOR

Av. Alfredo Coelho de Oliveira n.º 80- Quitandinha CEP 14801-020

Atendimento em meio aberto a adolescentes a partir de 14 anos

25 SOCIEDADE BENEFICENTE ESCOLA MESTRE JESUS

Av. Plínio de Carvalho n.º 357 - Vila Xavier

Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto a crianças de 0 a 7 anos e atendimento a famílias.

26-ASSOCIAÇÃO PARA APOIO E INTEGRAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL PARA DV

Av. Duque de Caxias n.º 364 – Sala 14 – Centro – CEP: 14.801.120 - Fone: 3336-6094

Regime: Apoio sócio-educativo em meio aberto a portadores de deficiência visual.

27-LAR DA CRIANÇA RENASCER

Rua Paulo Elias Antonio n.º 919 – J. Água Branca – CEP: 14.807.268 -Fone: 3322-7154

Regime: Abrigo de crianças de 0 a 14 anos.

28-LIGA ARARAQUARENSE DE COMBATE AO CÂNCER

Rua Carlos Gomes n.º 1730/42 – Centro – CEP: 14801-340 – Fone: 3322-2817

Regime: Assistência a doentes de câncer.

29-ASSOCIAÇÃO DE ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

Rua Mondo Archimedes Luppi s/nº - Jd. Aclimação – CEP: 14.806.121 - Fone: 3322-6619

Regime: Reabilitação de pessoas portadoras de deficiência meio aberta.

30- CENTRO ESPÍRITA EURIPEDES BARSANULFO

Rua Alice Pavão,372 Águas do Paiol – CEP: 14.164.162 - Fone: 3335-3964

Regime: Serviços assistenciais e profissionalização de deficientes.

31-MATERNIDADE E GOTA DE LEITE DE ARARAQUARA

Rua Carlos Gomes n.º 1610 – Centro – CEP: 14.801.340 - Fone: 3322-5000

Regime: Assistência à saúde da mulher e recém-nascidos.

32-SOCIEDADE BENEFICENTE UNIÃO OPERÁRIA DE ARARAQUARA

Av. Prudente de Moraes nº 307 – Centro – CEP: 14.804.092 - Fone: 3336-4255

Regime: Atendimento em saúde ambulatorial.

33- ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA VIDA ARARAQUARA (AAVIDA)

Av. 15 de Novembro,1257 – Centro - CEP: 14.801.030 - Fone: 3332-1700

Regime: Recuperação de dependentes químicos (drogados e alcoólicos).

34- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

Av. José Bonifácio nº 794 – Centro – CEP: 14.801.150 - Fone: 3336-7548

Regime: atendimento na área de saúde.

ANEXO 5

**PRESTADORES DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS
COM REGISTRO NO COMITE DA CIDADANIA**

ENTIDADE	ENDEREÇO
Assembléia de Deus	Rua Alice Pavão Cariza quadra D lt 10 – Águas do Paiol
Associação Araraquarense Pró-Surdos	Av. Leonildo Vianello, 02, Setor I – Selmi Dei
Associação Beneficente Manoel de Angola	Rua Sebastião Lemos da Cruz, 280 – fds VI Biagioni
Associação Beneficente Dorcas	Rua Roberto Lasdan, 29 sala 9 – Jd Silvania
Associação Beneficente Kibutz	Av. Arib Nasser, s/n – Jardim das Hortênsias
Associação Filantrópica Casa do Caminho C.E.A E.	Av. dos Eletricitários, 1038 – Jd Del Rey
Casa Comunitária Nossa Senhora das Graças	Rua General Marcondes Salgado, 75 – Vila Ferroviária
Casa da Caridade Ana Grossi Tellaroli	Av. Mario Arantes de Almeida, 80 – Santa Angelina
Casa Dia	Sítio Fazendinha – Bairro Cabeceira do Boi
Casa Mater	Av. Ezio Dal Acqua, 30 – Vila Xavier
Centro Espírita “A Caminho da Luz”	Rua Miguel Feriz, 83 – Vale do Sol
Centro Espírita Aprendizes do Evangelho	Rua Lourenço Rolfsen, 171 – Jd Yguatemi
Centro Espírita Assist. Paulo de Tarso	Av. Roberto Lepre Sampaio, 100 – Jd São Paulo
Centro Espírita Eurípides Barsanulfo	Rua Alice Pavão Coriza, 372 – Águas do Paiol
Centro Espírita Ismael	Rua Voluntarios da Patria, 642 – São José
Centro Espírita O Evangelizador	Rua Carlos Olimpio Tostes 697 – Jd Nova Epoca
Centro Espírita Portal da Luz	Rua Luiz Saska, 181 – Jd Celiamar
Centro Espírita Redenção Firmina de Oliveira Pires – Jd das Estações	Rua Alpheu Rodrigues Schiavon, 1232 – Jd das Estações
Centro Espírita Redenção Núcleo Bezerra de Menezes - Yolanda Opice	Av. Dr Waldomiro Blundi, 519 – Yolanda Ópice II

Centro Espírita Redenção São José	Av. Antonio de Pádua Correa, 802 – São José
Comunidade da Graça em Araraquara	Rua Dr. Olavo de ^a P. de Cardis, 15/16 – Jd Maria Luiza
Comunidade Nossa Senhora do Rosário	Rua Sebastião Pierre, 511 – Águas do Paiol
Comunidade Terapêutica “Luz à Vida”	4,5 km da Estrada Municipal dos Britos
Conferência Cristo Rei São Braz	Rua Lavinio Arruda Falcão, s/n – Jd Del Rey
Conferência N. S. Rainha da Paz	Rua Dr. Amauri Pinto Castro Monteiro, 1225 – Jd Yguatemi
Conferência N. Senhora Perpetuo Socorro	Rua Dr. Nestor Goulart Reis, 111 – VI Sedenho Atendimento – Av. Frei Luiz Santana, 862
Conferência Nossa Senhora Sagrado Coração	Rua Maria Janasi Biagioni, 351 – Centro Atendimento – Av. Julião Caramuru, 1091 fds – VI Santa Maria
Conferência Sagrado Coração de Jesus	Av. Estrada de Ferro, s/n – Vila Freitas
Conferência Sant Ana	Rua Tenente Joaquim Nunes Cabral, 2926 – Santana
Conferência Santa Angela	Av. Dr. Mario Arantes de Almeida, 97 – Santa Angelina
Conferência Santa Edwirges	Av. Major Antonio Mariano Borba, 240 – Jd Itália
Conferência Santa Luiza Marilac	Av. Osório, 148 – Centro
Conferência Santa Terezinha do Menino Jesus	Rua Ismael de Araújo, s/n – Jd das Estações
Conferência São Dimas	Rua Papa Joao XXIII, 889 – Jd Martinez
Conferência São Geraldo	Av. São Geraldo, s/n – São Geraldo
Conferência São José	Rua Itália, 472 – fundos – São José
Conferência São Luiz Gonzaga	Rua dos Libaneses, s/n – Carmo (Porão Igreja do Carmo)
Conferência São Pedro e Santa Luzia	Av. Adhemar Pereira de Barros, 392 - Melhado
Conferência São Roque	Rua dos Estados, 488 – Jd Brasil

Grupo Assistencial Espírita Jerônimo Mendonça	Av. Joaquim de Souza Pinheiro, 100 - Santa Angelina
ICON – Associação Promocional Imaculada Conceição	Sítio Saltinho – Ponto de ref. Atrás da Fazenda Salto Grande – Zona Rural
Igreja Crista Carismática	Av. Sete de Setembro, s/n – Carmo
Igreja Evang. Pentecostal Eu Creio na Bíblia	Av. José Cesarini, 1591 – Jd Vitória
Igreja Metodista	Av. São José, 754 – São José
LBV	Rua Poeta Carlos Drummond Andrade, 791 – Vila Melhado
Missão Apostólica Graça de Deus	Av. Vicente J Freire, 536 – Vl Xavier
Morada de Luz Francisco de Assis	Rua Mahiba Barcha, 557 – Jd Universal
Núcleo Assist. Espírita André Luiz	Av. Comendador Alberto Dias, 1374 – Santa Angelina
Pastoral da Criança – Paróquia São Dimas	Av Papa João XXIII, 899 – Jd Martinez
Pastoral da Criança da Paróquia São Jose	Av. Jose Cesarini, 221- São Jose
Pastoral da Saúde Comunidade Menino Jesus Praga	Av. Francisco S. Peixoto, 736 – Jd Santa Lucia
Pastoral da Saúde da Paróquia Nossa Senhora do Carmo	Rua João Gurgel, s/n - Carmo
Pastoral da Saúde São Geraldo	Praça de São Geraldo, s/n – São Geraldo
Pastoral Social Comunidade São Francisco Assis	Rua José Maria Ferreira Brandão, 216 – Selmi Dey I
S A Esp José Fernando Fagundes Ribeiro.	Av. Cristóvão Colombo, 919 – Centro
Sociedade Araraquarense de Estudos Espíritas “Allan Kardec”	Av. Marcos Souza Ramalho, s/n – Jd Tinen Caixa Postal – 337
Sociedade Beneficente Carol Peixoto Ribeiro	Av. Infante D Henrique, 515 – Santa Angelina
Sociedade Espírita Kardecista “O Consolador”	Av. Sebastião Aparecido Lopes, 201 – Santana
União Espírita Paschoal Grossi	Rua São Bento, 2395 – Jd Primavera

ANEXO 6 - Concessões e gastos entre 1996 e 2001/ B 87 - Pessoa Portadora de Deficiência/ B 88 – Idoso							FONTE: Gebpc/SEAS/MPAS/DATAPREV SÍNTESE GOLDE - 15.02.2002											
UF	R\$ 2001	R\$ 2001	R\$ 2001	R\$ 2000	R\$ 2000	R\$ 2000	R\$ 1999	R\$ 1999	R\$ 1999	R\$ 1998	R\$ 1998	R\$ 1998	R\$ 1997	R\$ 1997	R\$ 1997	R\$ 1996	R\$ 1996	R\$ 1996
	B87	B88	SOMA	B87	B88	SOMA	B87	B88	SOMA	B87	B88	SOMA	B87	B88	SOMA	B87	B88	SOMA
AL	36.275.739	16.816.533	53.092.273	26.990.832	11.622.837	38.613.670	21.660.890	7.564.720	29.225.610	20.054.383	3.911.984	23.966.367	16.901.043	1.877.244	18.778.287	2.965.051	431.314	3.396.365
AM	34.713.277	19.507.025	54.220.301	25.698.068	13.959.734	39.657.801	18.340.496	8.631.608	26.972.104	12.432.036	3.679.993	16.112.030	8.002.016	1.524.394	9.526.410	1.969.850	407.403	2.377.253
BA	196.924.240	120.614.101	317.538.341	156.135.914	89.324.209	245.460.123	130.209.130	64.417.731	194.626.861	111.650.214	36.161.420	147.811.634	88.427.403	15.700.600	104.128.003	18.556.485	3.836.217	22.392.702
CE	126.762.126	36.246.539	163.008.665	102.539.485	26.412.442	128.951.927	89.156.639	19.055.331	108.211.969	80.538.134	11.017.540	91.555.674	64.259.832	4.732.444	68.992.275	12.039.551	981.927	13.021.478
MS	20.496.339	23.511.179	44.007.518	15.379.084	16.365.806	31.744.890	12.111.443	11.169.909	23.281.352	9.601.256	5.954.827	15.556.083	6.550.860	2.360.163	8.911.024	1.874.298	767.876	2.642.174
ES	33.820.031	13.670.410	47.490.440	25.222.990	9.400.806	34.623.795	21.030.186	6.283.579	27.313.765	18.142.688	3.128.821	21.271.510	13.528.075	1.160.544	14.688.619	3.804.730	337.899	4.142.629
GO	64.514.930	32.834.854	97.349.784	49.942.083	23.050.185	72.992.268	40.958.661	15.362.022	56.320.683	35.024.655	8.245.307	43.269.962	26.219.109	3.599.926	29.819.035	5.668.569	930.415	6.598.984
MA	81.118.725	36.982.648	118.101.373	61.960.316	22.545.705	84.506.021	50.587.548	12.433.741	63.021.289	42.234.491	6.224.799	48.459.290	34.179.218	3.011.121	37.190.339	7.294.239	628.529	7.922.767
MT	37.535.546	27.856.640	65.392.186	27.640.750	19.716.908	47.357.659	22.361.917	13.467.403	35.829.321	20.877.737	7.267.645	28.145.383	16.038.059	2.897.909	18.935.968	3.902.658	920.856	4.823.514
MG	248.244.495	93.822.488	342.066.982	196.925.336	65.111.453	262.036.789	163.187.250	44.369.102	207.556.352	133.242.835	23.827.553	157.070.388	95.142.653	10.907.908	106.050.561	19.288.924	2.750.838	22.039.762
PA	86.131.987	37.256.584	123.388.571	66.970.611	25.924.024	92.894.635	54.585.131	16.490.289	71.075.420	43.103.665	8.750.685	51.854.351	29.286.818	4.164.623	33.451.441	5.899.347	1.036.257	6.935.603
PB	59.716.404	18.421.039	78.137.444	45.297.764	13.430.088	58.727.852	36.101.900	9.599.997	45.701.897	32.205.710	5.443.461	37.649.172	28.242.568	2.614.078	30.856.646	6.566.513	674.283	7.240.795
PR	75.502.242	44.638.829	120.141.071	55.810.283	29.868.576	85.678.859	43.745.466	19.592.600	63.338.067	33.925.363	8.655.401	42.580.764	22.524.925	3.179.960	25.704.886	6.024.766	981.249	7.006.015
PE	166.376.503	65.266.908	231.643.411	131.339.248	47.583.332	178.922.580	107.997.751	33.787.766	141.785.517	85.001.443	18.372.935	103.374.378	60.897.892	8.027.508	68.925.399	13.745.559	2.033.043	15.778.603
PI	40.021.262	5.545.244	45.566.506	31.767.305	3.819.497	35.586.803	25.965.944	2.513.511	28.479.455	21.503.718	1.501.878	23.005.596	20.110.000	739.632	20.849.632	4.775.860	197.136	4.972.996
RJ	51.764.739	67.841.176	119.605.915	36.390.185	42.870.158	79.260.343	27.210.154	24.494.250	51.704.404	19.867.898	11.551.058	31.418.955	13.496.712	5.200.492	18.697.204	3.135.532	1.190.173	4.325.705
RN	45.623.811	5.040.656	50.664.467	36.776.648	3.402.985	40.179.634	32.534.373	2.291.591	34.825.964	30.016.527	1.259.673	31.276.201	23.896.840	566.816	24.463.656	6.979.499	138.164	7.117.663
RS	63.100.451	33.949.146	97.049.597	47.172.166	22.801.395	69.973.561	37.708.726	14.509.752	52.218.478	31.248.455	7.253.735	38.502.190	21.501.563	3.216.305	24.717.868	6.002.398	883.777	6.886.176
SC	16.575.925	7.577.375	24.153.301	12.145.737	4.982.758	17.128.495	9.322.771	3.236.882	12.559.653	7.661.239	1.720.990	9.382.229	5.335.041	683.487	6.018.528	1.464.791	205.941	1.670.732
SP	195.349.041	174.777.899	370.126.940	143.211.995	117.430.260	260.642.255	110.269.041	75.479.911	185.748.952	79.995.018	36.502.640	116.497.658	46.635.126	14.203.249	60.838.376	8.618.126	3.556.205	12.174.330
SE	24.492.744	9.090.529	33.583.273	19.102.078	6.619.849	25.721.928	15.868.863	4.645.873	20.514.736	14.543.969	2.405.514	16.949.483	12.384.799	990.328	13.375.127	2.246.574	255.400	2.501.974
DF	16.324.936	8.714.177	25.039.113	11.749.074	5.972.180	17.721.254	8.841.420	3.856.008	12.697.428	6.561.407	1.938.078	8.499.485	4.104.590	777.513	4.882.103	959.311	211.862	1.171.173
AC	10.909.633	1.504.266	12.413.899	8.407.159	811.710	9.218.869	7.331.536	401.055	7.732.591	7.033.685	184.519	7.218.204	5.962.278	96.650	6.058.927	1.548.232	30.556	1.578.788
AP	5.702.584	5.304.297	11.006.882	4.358.021	3.736.371	8.094.392	3.342.549	2.653.859	5.996.408	2.590.012	1.500.597	4.090.609	1.633.073	493.042	2.126.115	261.884	119.397	381.281
RO	13.122.454	8.838.157	21.960.610	9.737.936	6.333.165	16.071.102	7.549.186	4.346.370	11.895.556	6.216.272	2.320.928	8.537.199	4.791.314	932.503	5.723.817	1.717.393	295.621	2.013.013
RR	2.629.018	1.318.818	3.947.836	1.839.124	901.353	2.740.477	1.287.687	607.109	1.894.796	952.037	284.270	1.236.307	628.865	125.753	754Anex.617	147.225	36.438	183.663
TO	13.395.066	9.929.749	23.324.815	10.014.806	6.945.435	16.960.241	8.017.056	4.576.737	12.593.793	6.546.224	2.361.974	8.908.198	4.280.738	987.077	5.267.815	825.488	221.312	1.046.800
SOMA	1.767.144.248		2.694.021.512	1.360.524.997	640.943.222	2.001.468.219	1.107.283.715	425.838.708	1.533.122.422	912.771.073	221.428.227	1.134.199.299	674.961.409	94.771.269	769.732.678	148.282.853	24.060.088	172.342.940

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Revisão do BPC	39
Tabela 2. Evolução do benefício no Brasil (de 1996 a julho de 2003)	42
Tabela 3. Percentual Renda, deficiência e velhice	49
Tabela 4. Distribuição perc. da pop. brasileira acima de sessenta anos	51
Tabela 5. Tipos de Deficiências	57
Tabela 6. Estimativa da população deficiente por região	58
Tabela 7. Indicadores sociais de Araraquara	65
Tabela 8. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social	70
Tabela 9. Elementos Norteadores da Pesquisa	89
Tabela 10. Progressão das Revisões do BPC em Araraquara	91
Tabela 11. Caracterização da Pesquisa com beneficiários	93
Tabela 12. Tempo de Aproveitamento do BPC	93
Tabela 13. Casos não localizados	94
Tabela 14. Gênero e Faixa etária	94
Tabela 15. -Composição Familiar- Conceito 1 de Família	96
Tabela 16. Nível de pobreza dos beneficiários. Conceito 1 de Família	97
Tabela 17. Composição Familiar Conceito 2 de Família	99
Tabela 18. Nível de pobreza dos beneficiários. Conceito 2 de Família	101
Tabela 19. Condições de Moradia	103
Tabela 20. Problemas familiares e comunitários	104
Tabela 21. Problemas de Saúde	105
Tabela 22. Informação sobre o BPC	105
Tabela 23. Responsável pelo saque do BPC	106
Tabela 24. Utilização do BPC	107
Tabela 25. Mudanças pós BPC	108
Tabela 26. Atividades de Vida Diária	109
Tabela 27. Incapacidades	109
Tabela 28. Reabilitação Física e Tratamento Médico	111
Tabela 29. Transporte Gratuito	111
Tabela 30. Benefícios Cessados	113

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Evolução do Benefício na Região Sul	43
Gráfico 2. Evolução do Benefício na Região Norte	44
Gráfico 3. Evolução do Benefício na Região Sudeste	45
Gráfico 4. Evolução do Benefício na Região Centro Oeste	46
Gráfico 5. Evolução do Benefício na Região Nordeste	47
Gráfico 6. Progressão das Revisões do BPC em Araraquara	91
Gráfico 7. Caracterização da Pesquisa	92
Gráfico 8. Composição Familiar – Conceito 1 de Família	96
Gráfico 9. Nível de Pobreza dos beneficiários PPD – Conceito 1 de Família	97
Gráfico 10. Nível de Pobreza dos beneficiários IDO – Conceito 1 de Família	98
Gráfico 11. Composição Familiar – Conceito 2 de Família	99
Gráfico 12. Nível de Pobreza dos beneficiários PPD – Conceito 2 de Família	101
Gráfico 13. Nível de Pobreza dos beneficiários IDO – Conceito 2 de Família	102
Gráfico 14. Utilização do BPC	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AABB - Comunidade- Associação Atlética do Banco do Brasil
APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CAIC - Centro de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
CBIA - Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
CEC - Centro de Educação Complementar
CEMAS - Centro Municipal de Assistência Social de Araraquara
CEPROESC - Centro Profissional Educacional e Social na Comunidade
CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social de Araraquara
CONFINS – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CPFL - Companhia Paulista de Força e Luz
CRESS - Conselho Regional de Serviço Social
DAAE - Departamento Autônomo de Água e Esgoto de Araraquara
DER- Departamento de Estradas de Rodagem
DRADS - Divisão Regional da Secretaria Estadual de Desenvolvimento e Assistência Social
EFA - Estrada de Ferro de Araraquara
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FLBA - Fundação Legião Brasileira de Assistência
FNAS - Fundo Nacional de Assistência Social
FUNABEM - Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
FUNDICITRUS -Fundação de Defesa da Citricultura
FUSSESP - Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano do Município
I.E.E.- Instituto de Estudos Especiais
INCRA - Instituto Nacional de Reforma Agrária
INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

ITESP - Instituto de Terras do Estado de São Paulo
IPVS – Indicadores Paulista de Vulnerabilidade
LBA – Lei Brasileira de Assistência
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MOVA - Movimento de Alfabetização para Jovens e Adultos
MP - Medida Provisória
ONGs - Organizações Não-Governamentais
OMS - Organização Mundial de Saúde
Para-DV - Para Deficientes Visuais
PIS – Programa de Participação Social
PLIMEC - Plano de Integração do Menor e da Família na Comunidade
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNAS – Plano Nacional de Assistência Social
PPD - Pessoa Portadora de Deficiência
PUC – Pontifícia Universidade Católica
RVM – Renda Mensal Vitalícia
SAC - Serviço de Ação Continuada
SABSA - Sociedade de Amigos do Bairro de Santa Angelina
SEADE – Sistema Estadual de análise de Dados
SEADS - Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo
SIAFI – Sistema Informatizado dos Gastos do Governo
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SEAS - Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS – Sistema Único da Assistência Social
TCU - Tribunal de Contas da União
UNB - Universidade Federal de Brasília
UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
UNIARA – Centro Universitário de Araraquara
UNIP - Universidade Paulista

RELAÇÃO DE GESTORES ENTREVISTADOS

1- Gestora Regional da Assistência Social

Sra. Neide Minei da Costa – Psicóloga

Função: Diretora Técnica. **Tempo na função:** 8 anos.

Experiência: Coordenadora da Política de Assistência Social da Região de Araraquara, que reúne 26 municípios subdivididos nas regiões de Araraquara e São Carlos. Participa da revisão do BPC desde o início, em 2000, quando chegaram as primeiras listas dos benefícios às DRADS.

Local: Divisão Regional da Secretaria Estadual de Desenvolvimento e Assistência Social – DRADS. Av. Presidente Vargas – DER - Araraquara

2- Gestora Estadual do Benefício de Prestação Continuada

Sra. Marta Elena Reis – Socióloga e Assistente Social

Função: Coordenadora do Processo de Revisão Social. **Tempo na Função:** 2 anos.

Experiência: Há quatro anos está na SEADS. Acompanhou o processo inicial das revisões de 1ª e 2ª etapas do BPC, quando trabalhava como assistente social. A partir da 3ª etapa, assumiu as revisões como coordenadora.

Local: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo - São Paulo – Capital.

3- Gestor de Regional de Benefícios do INSS

Sr. Osvaldo Rodolpho Filho – advogado

Função: Chefe de Serviço de Benefícios – Gerência Executiva do INSS Araraquara

Tempo na função: 35 anos na área de benefícios.

Experiência: Auxílio-doença, pensões, aposentadorias, benefício assistencial, atendimento a 37 municípios. Realiza o trabalho desde do início das primeiras concessões do BPC e as primeiras revisões.

Local: Agência Executiva do INSS de Araraquara e Região - Rua 9 de Julho – Araraquara.