



MARINALVA DE SOUSA CONSERVA
JOLINDA DE MORAES ALVES
EMANUEL LUIZ PEREIRA DA SILVA
(ORGS.)

ESTADO BRASILEIRO,
DIREITOS CONSTITUCIONAIS E
OS DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL
NO SÉCULO XXI



EDITORA DO CCTA

**Estado brasileiro,
direitos constitucionais e os
Desafios da Proteção Social
no Século XXI**



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
Programa de Pós Graduação em Serviço Social - PPGSS
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social - NEPPS

ISBN 978-85-67818-88-7
(EDITORA DO CCTA)

ORGANIZADORES

Marinalva de Sousa Conserva
Jolinda de Moraes Alves
Emanuel Luiz Pereira da Silva

PROJETO DE DESIGN GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Ricardo Araújo - DRT/PB 623

VEICULAÇÃO VIRTUAL E DISTRIBUIÇÃO

Editora do CCTA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Bibliotecária Josélia Oliveira – CRB15/113

E79 Estado brasileiro, direitos constitucionais e os desafios da proteção social no século XXI [livro eletrônico] / Marinalva de Sousa Conserva, Jolinda de Moraes Alves, Emanuel Luiz Pereira da Silva (Org.). – João Pessoa : Editora do CCTA, 2016.
280 p. ; E-book.

ISBN 978-85-67818-88-7
Inclui referências.

1. Sistema social. 3. Estado. 3. Direito sociais. 4. Gestão da Proteção social. 5. Avaliação de políticas sociais – Brasil e Europa. I. Conserva, Marinalva de Sousa. II. Alves, Jolinda de Moraes. III. Silva, Emanuel Luiz Pereira da.

CDU 316.3:34

Marinalva de Sousa Conserva
Jolinda de Moraes Alves
Emanuel Luiz Pereira da Silva
(Organizadores)

**ESTADO BRASILEIRO, DIREITOS
CONSTITUCIONAIS E OS DESAFIOS
DA PROTEÇÃO SOCIAL NO SÉCULO XXI**

ISBN 978-85-67818-88-7



Edições do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais da UFPB

João Pessoa - PB

2016

SUMÁRIO

Instituições participantes da Rede Acadêmica	9
Apresentação	11
Autores	18
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A QUESTÃO DAS DROGAS: REFLEXÕES E ARTICULAÇÕES NECESSÁRIAS André de Menezes Gonçalves, Cynthia Studart Albuquerque e Raí Vieira Soares	25
MINHA CASA MINHA VIDA - DO SONHO AO PESADELO Jolinda de Moraes Alves e Sanda Maria Almeida Cordeiro	39
A INTERFACE DA POLÍTICA DE HABITAÇÃO COM A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL Maria de Lourdes Soares	60
A INTERSETORIALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL Eliane Cristina Lopes Brevilheri e Márcia Pastor	78
LIMITES E POSSIBILIDADES DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO Nathália de Medeiros Gouveia, Maria Aparecida Ramos de Menezes e Marcelo Gallo	91
REFLEXÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL, ENVELHECIMENTO E DIREITOS DOS IDOSOS NO BRASIL: ANÁLISE SOBRE OS CONSELHOS DE IDOSOS Patricia Barreto Cavalcanti, Ana Paula Rocha de Sales Miranda, Elisabete Vitorino Vieira, Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira e Flôr de Liz Adecilia Catharina Matos	106
DE FATO E DE DIREITO: AS PROTEÇÕES E DESPROTEÇÕES SOCIAIS PROMOVIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO DE ALTO DO CÉU E MANDACARU Renata Martins Domingos	117
O CONSELHO DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS DECORRENTES DE HABITUS E CAPITAIS EM DISPUTA Argéria Maria Serraglio Narciso e Marcia Pastor	132
PROGRAMA BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NO BRASIL E O RENTA DIGNIDADE NA BOLÍVIA: SIMILITUDES E CONTRADIÇÕES NA PROTEÇÃO SOCIAL À VELHICE Joacely Carneiro Figueiredo, Flávia Jaiane Mendes Justino, Angely Dias da Cunha, Ana Paula Rocha de Sales Miranda, Patrícia Barreto Cavalcanti e Marcia Emília Rodrigues Neves	147

DESAFIOS DAS REDES INTERSETORIAIS NA GESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL Waleska Ramalho Ribeiro e Jorge Manuel Leitão Ferreira	162
O DIÁLOGO DA PROTEÇÃO SOCIAL NO ESPAÇO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL Gyslanea Dayanne da Silva, Marcelo Gallo e Marinalva de Sousa Conserva	172
INTERSETORIALIDADE E SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE Gilvaneide Nunes da Silva e Maria Aparecida Ramos de Meneses	187
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC): DO DIREITO A PROTEÇÃO SOCIAL AO SIGNIFICADO DE PROTEÇÃO SOCIAL PELAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS Vaneide Alves dos Santos, Roberta Teodorico Ferreira da Silva e Marinalva de Sousa Conserva	206
O DESAFIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: A ATUAÇÃO DAS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB Wanessa Leandro Pereira e Maria do Socorro de Souza Vieira	220
AS POSSIBILIDADES E LIMITES DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA PARA OS BENEFICIÁRIOS DO MUNICÍPIO DE PATOS/PB Virginia Helena S. Paulino Lima e Maria de Lourdes Soares	236
PROTEÇÃO SOCIAL À PESSOA IDOSA NO BRASIL: DESAFIOS DA AGENDA SOCIAL DO BRASIL CONTEMPORÂNEO Gabrielle Tayanne Andrade Vasconcelos	265

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES DA REDE ACADÊMICA

Realização:



Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Programa de Pós Graduação em Serviço Social - PPGSS
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social - NEPPS



Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS)
<http://neppsufpb.com.br/nepps/>



Programa de Pós-graduação em
Serviço Social e Política Social

Universidade Estadual
de Londrina (UEL)

Colaboradora:



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP
Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social -
PEPGSS



Instituto Universitário de Lisboa (IUL)
Departamento de Doutoramento em Serviço Social

Promotoras:



Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Casadinho/Procad Processo Nº: 552248/2011-8



Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior (CAPES)

Atividade: Promoção da Cooperação Científica Nacional e
Internacional

APRESENTAÇÃO

A presente publicação apresentada em Série Temática é fruto de múltiplos processos resultantes da formação exitosa de rede de cooperação acadêmica, de modo especial, através da aprovação de Projetos no âmbito no âmbito da Chamada Pública Ação Transversal N°. 06/2011 do Casadinho/Procad/CNPq/Capes. Essa experiência coletiva consubstanciou uma rede colaborativa envolvendo três regiões do Brasil – o Nordeste, a Sudeste, e a Sul, veiculada entre Programas de Pós-graduação stricto sensu, por meio de missões de estudos, organização de eventos e debates conjuntos que potencializaram as análises sobre as imbricações da relação das Políticas Públicas de Proteção Social e gestão territorial. Esta rede configurou-se entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba; o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL – Universidade Estadual de Londrina/Paraná – ambos tendo como parceiro interlocutor de cooperação – e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/São Paulo.

O projeto aprovado - “Assistência Social e Transferência de Renda: Interações no Território de Proteção Social, sob o No. 552248/2011-8 (2011/2016), foi desenvolvido sob a coordenação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Programa Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este apresentou como principal objetivo a consolidação de uma rede cooperação acadêmica nacional integrada de intercâmbio entre pesquisadores e núcleos de pesquisa, na perspectiva de elevar o padrão de qualidade da formação acadêmica e assim contribuir para consolidação da Área de Serviço Social e Políticas Públicas e Sociais no âmbito da Pós-Graduação. Para tanto, desenvolveu como estratégia norteadora ações e atividades que incidissem na formação de recursos humanos, com foco na docência e no desenvolvimento de pesquisas no campo temático proposto.

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), criado em março de 2013 no Diretório do CNPq, se constituiu no primeiro grande fruto do referido projeto. Tendo como missão prioritária, o desenvolvimento de estudos e

atividades de pesquisa, na perspectiva de formação em rede acadêmica de produção e socialização de conhecimento na área. Para tanto, define como eixos norteadores do debate das Políticas Sociais, suas múltiplas expressões e desafios territoriais, no enfrentamento às desigualdades socioeconômicas e culturais. Configura-se a partir de duas linhas de pesquisa, a saber: a) Proteção Social a Gestão das Políticas Sociais; e b) Territorialidades e a Gestão das Políticas Públicas.

O estudo de campo se constituiu como eixo norteador para o desenvolvimento desse projeto, com objetivo de apresentar uma “Avaliação das Condições de Proteção Social de Famílias Beneficiárias de Transferência de Renda no Estado da Paraíba – Programa Bolsa Família e BPC (Idoso e Deficiência); Com uma abordagem amostral em 33 municípios do estado da Paraíba (do total de 223), a partir de entrevistas com 2092 famílias beneficiárias distribuídos em áreas rurais e urbanas.

Este fator rico e inovador de construção coletiva em rede integrada, nos trouxe não somente à ampliação mas sua consolidação através de processos de participação efetiva na formação, no ensino e no desenvolvimento da pesquisa. A construção de novos parceiros institucionais para o desenvolvimento dos processos e produtos gerados, tornou-se proeminente, tanto pela dimensão do estudo de campo que exigiu o aporte de novos recursos (humanos, infraestruturas, orçamentários) como também às novas demandas para o recém-criado núcleo de estudos, sobretudo, no âmbito da gestão estadual da Política de Assistência Social através de Secretaria de Estado do Desenvolvimento Humano da Paraíba – que tem à sua frente Professora Doutora Maria Aparecida Ramos de Meneses, também vinculada ao PPGSS/UFPB da nossa Universidade.

A Universidade Estadual de Londrina, através do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, apresentou o Projeto de Pesquisa intitulado - “A Lógica territorial na gestão das políticas sociais”, delimitou como campo temático quatro políticas públicas - Saúde, Assistência Social, Educação e Habitação – no município de Londrina, localizado ao norte do estado do Paraná. O lócus empírico de análise foram escolhidos três territórios diferentes: o Bairro União da Vitória, ocupação territorial por famílias provenientes da zona rural na década de 1980, caracterizado pela luta pela posse da terra urbana e pelo direito à moradia; a Vila Casoni, um dos bairros mais antigos situado no centro da cidade, com a sobrevivência da arquitetura das casas de madeira habitadas na época pela classe trabalhadora (carroceiros, garçons, barbeiros, cabeleireiras, empregadas domésticas e pequenos

comerciantes), localizado abaixo da linha do trem de ferro, que atualmente sofre o processo de gentrificação e ficando ao largo da especulação imobiliária, onde a população é flutuante devido ao alto valor do aluguel; e o Residencial Vista Bela, empreendimento do Programa Minha Casa Minha Vida, que transferiu, recentemente, famílias em situação de habitação irregular pertencentes a todas as regiões da cidade, para um aglomerado de 2712 unidades habitacionais divididas em casas térreas e apartamentos, onde o processo de desterritorialização pode ser evidenciado em todas as suas características.

Em andamento desde 2012 a pesquisa teve como campo de debate as diferentes políticas sociais primando pela conjugação de olhares entre gestores, trabalhadores e usuários das políticas sociais, representados pelas lideranças locais.

A gestão das políticas sociais é explicada pela aplicação de recursos públicos em políticas e serviços que sejam de interesse público, o que aparentemente resguarda características técnicas e os aspectos burocráticos que perpassam esse processo de planejamento, decisão e execução, monitoramento e avaliação. Mas, igualmente, o processo de gestão considera que o Estado é influenciado por diferentes atores sociais, uma vez que é o reflexo das relações sociais. Por este fato, em meio aos elementos técnicos e burocráticos está a expressão política da gestão, ou seja, a perspectiva que imprime, na gestão de políticas sociais, a direção de sociedade que se quer construir. Nesse sentido a lógica territorial pode ser considerada como uma estratégia potencializadora da democratização das políticas sociais, uma vez que requer uma nova leitura para elaboração destas, identifica os sujeitos deste processo como cidadãos de direitos.

Assim sendo a pesquisa adotou a concepção de “território usado” do geógrafo Milton Santos. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence... é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida... território usado, utilizado por uma dada população. (SANTOS, 2012, p. 96).

Nesse cenário profícuo de produção acadêmica e tendo em vista à multiplicação e superação de metas estabelecidas com o Projeto Casadinho/Procad, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social propôs-se a difusão de seus processos e produtos, bem como o fortalecimento desta importante rede acadêmica constituída, também em searas

internacionais. Assim, coordenou a realização do 1o COLÓQUIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS SOCIAIS – MULTITERRITORIALIDADES E OS DESAFIOS PARA A GESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL, primeiro no âmbito do Programa da UFPB. Este movimento articulou e mobilizou diversas instituições, em âmbito nacional e internacional com a devida ciência e aprovação pelo comitê gestor do Casadinho/Procad do CNPq em agosto/2016. Em sua abertura, contamos com a participação da nossa representante de Área da Capes (Serviço Social) – Professora Doutora Maria Lúcia Garcia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Esse cenário oportunizou não apenas consolidar uma rede em âmbito nacional, mas ampliou e disseminou uma gama de produtos e desdobramentos agora em rede internacional. Nessa perspectiva a UEL, parceira desses processos, muito contribuiu para chegarmos a constituição dessa Série Temática. Mais uma vez, a rede de cooperação acadêmica foi reafirmada com a presença expressiva e significativa de 6 (seis) professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo na composição e organização das mesas temáticas. Contamos ainda, com a significativa presença com seu corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da Universidade Estadual de Londrina, do Paraná, parceira de casadinho e parte integrante desse processo .

Assim de modo Estes novos olhares das condições de vida do espaço intra-urbano e rural possibilitaram também novas relações entre os dados – o local e o global -, resultando assim numa re-significação da dinâmica social de um território. Neste sentido, o casadinho/Procad viabilizou a construção de novas ferramentas de análise de conhecidos fenômenos sociais que possibilitam propor ações e gestões de políticas sociais públicas, requer construir caminhos, estratégias e técnicas de produção e socialização do conhecimento, e que possam contribuir para um novo modus operandi, a partir de olhar territorializado da gestão das políticas públicas. O que implica, sobretudo, operar instrumentos que revelem uma (re) leitura das condições de vida dos lugares e de suas complexas configurações da exclusão/inclusão social.

Esta série é constituída no formato de E-Books produzidas a partir dos seguintes eixos temáticos:

■ E-Book I - A GESTÃO DA PROTEÇÃO SOCIAL EM DEBATE;

■ E-Book II - TERRITÓRIOS EM DIÁLOGO: os chãos como ponto de partida para as políticas sociais brasileiras;

■ E-Book III - ESTADO BRASILEIRO, DIREITOS CONSTITUCIONAIS E OS DESAFIOS DA PROTEÇÃO SOCIAL NO SÉCULO XXI.

Os autores são estudantes, docentes, mestres e doutores titulados pelos Programas de Pós Graduação da UEL/PR, UFPB, UFRJ e PUC/SP. Cabe

A “Série temática”, que ora oferecemos aos leitores, estudiosos e pesquisadores, reúne as produções teóricas das dissertações e teses, resultantes desses dois projetos de pesquisa, como também resultados de pesquisas vinculadas aos eixos temáticos.

O debate proporcionado nessa rede acadêmica vem corroborar e reafirmar demandas e necessidades de construção de novas ferramentas de análise de conhecidos fenômenos sociais que possibilitam propor ações e gestões de políticas sociais públicas. De modo especial, para qualificação da formação de recursos humanos e o avanço do estado da arte na área de conhecimento – Serviço Social, em suas conexões interdisciplinar e intersetorial; e conseqüentemente para difusão e transferência do conhecimento; e principalmente para inovação de ferramentas, de processos e produtos que possam contribuir para a implementação de políticas públicas que reafirmem à perspectiva de direitos no campo da proteção social.

As complexidades expressas em questões e contextos plurais, fazem parte da partilha e socialização de saberes academicamente pontuados, acerca dos processos em curso no Brasil, tendo como horizonte às Políticas Sociais e os desafios da gestão da proteção social interpeladas por multiterritorialidades. Aqui por nós consideradas como sendo estratégias potencializadoras da democratização das políticas sociais, uma vez que requer uma (re) leitura in put e out put de novos sentidos e significados, especialmente, para os sujeitos deste processo como cidadãos de direitos.

Cabe ressaltar, o nosso agradecimento à CAPES e ao CNPq pelo financiamento das pesquisas que resultaram nessa publicação, o que demonstra a importância do Programa Casadinho/PROCAD para o alicerce de nossos Programas e Núcleos de pesquisa, fomento e sistematização da produção do conhecimento científico.

Do ponto mais Oriental das Américas ao Sul do Brasil

Marinalva de Sousa Conserva

Jolinda de Moraes Alves

Emanuel Luiz Pereira da Silva

ORGANIZADORES

PREFÁCIO

De maneira direta ou indireta, o conjunto de estudos desta coletânea examina as condições concretas, sociais, históricas e estruturais, em que se deu e vem se dando o pacto social do Estado brasileiro, mapeado em múltiplas significações.

A questão não passa sem dúvidas. Existe mesmo um “contrato social” brasileiro, ou isso não passa de uma figura de retórica? A questão é fundamental em tempo de reformas previdenciária e trabalhista.

Ora, uma das principais maneiras de compreender o século XX é que nele aconteceu, em vários continentes, um complexo processo que denomino de “constitucionalização do trabalho”. Antes escorraçado e fora da lei, só admito na sociedade como indivíduo portador isolado de força de trabalho, a entidade coletiva chamada “os trabalhadores” compôs, através de formas sociais autocráticas e corporativas - o Brasil do Estado Novo varguista -, ou democráticas - o Welfare State dos países escandinavos -, por via de interpelações carismáticas ou de acordos mediados pelo Estado entre as classes e os partidos de classes organizados, um dos pilares imprescindíveis do “contrato social” contemporâneo.

Pode-se afirmar, e é verdade, que os trabalhadores no século XX fizeram um acordo fáustico, um jogo de perdas e ganhos que ficou conhecido como “compromisso fordista”. Neste compromisso, os trabalhadores abriram mão do controle do processo de trabalho - vale lembrar que o fordismo significava uma distinção rigorosa entre planejadores e executores. Sem dúvida, aumentou a alienação do trabalho. Contudo, em contrapartida à alienação os trabalhadores tiveram acesso, pela via do aumento médio dos salários, aos bens de consumo que eles mesmos fabricavam (especialmente o automóvel), mas principalmente à cidadania política, e através desta aos direitos e serviços sociais.

As primeiras críticas ao compromisso fordista, ainda nos anos 1960, não vieram dos neoliberais, mas da esquerda radical. Num dos primeiros textos de Marx, “Introdução à crítica da filosofia do direito de Hegel”, o profeta do comunismo afirmava que a classe operária era revolucionária por que não participava das estruturas políticas corporativas do Estado alemão. Ela nada tinha a perder. De fato, a partir da edição do “compromisso fordista”, a classe operária não só participou - através dos grandes sindicatos e partidos de massas - como tinha muito a perder.

O Brasil não é a Europa. Na particularidade do caso histórico brasileiro, tanto a CLT de 1943 como a Constituição de 1988 significam, em termos profundos, os compromissos históricos de nosso processo de “constitucionalização do trabalho” (no primeiro caso) e de edificação de um Estado Social brasileiro (no segundo caso). Precisamos ver a CLT e capítulos sociais de 1988 como pares de uma síntese dialética.

Nos dias de hoje, por mais que muito precise ser feito, temos muito a perder,

Maria Aparecida Ramos de Meneses

AUTORES

- **ALINE FERREIRA DE SOUZA SILVA** - Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2015); Especialista em Gestão Pública Municipal (UFPB,2012) e possui graduação em SERVIÇO SOCIAL pela Universidade Federal da Paraíba (2010). É também estudante participante do grupo de pesquisa do Projeto de Cooperação Acadêmica Casadinho/ PROCAD - PPGSS/ UFPB/ PUC-SP. Tem como principais áreas de atuação: Assistência Social, Saúde e Educação.
- **ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA** - Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB e do PPGSS. Doutora em Serviço Social PUC/SP.
- **ANDRÉ DE MENEZES GONÇALVES** - Mestre em Planejamento e Políticas Públicas (Universidade Estadual do Ceará - UECE) e graduado em Serviço Social (UECE). Professor Assistente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campinha Grande (UFCG). Membro do Núcleo de Educação, Políticas Sociais e Serviço Social (NEPSSS-IFCE). Coordenador Adjunto do Projeto de Pesquisa “A Proteção Socioassistencial para Usuários de Crack e Outras Drogas e suas Famílias: Os Desafios da Intersetorialidade” (MDS/CNPq).
- **ANGELY DIAS DA CUNHA** - Mestranda em Serviço Social.
- **ARGÉRIA MARIA SERRAGLIO NARCISO** - Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós- graduação em Serviço Social e Política Social da UEL. Assistente social do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário –AEHU/UEL. Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.
- **CYNTHIA STUDART ALBUQUERQUE** - Doutoranda em Serviço Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), mestre em Sociologia (Universidade Federal do Ceará - UFC) e graduada em Serviço Social (Universidade Estadual do Ceará - UECE). Professora do Curso de Serviço Social do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Membro do Núcleo de Educação, Políticas Sociais e Serviço Social (NEPSSS-IFCE). Coordenadora do Projeto de Pesquisa “A Proteção Socioassistencial para Usuários de Crack e Outras Drogas e suas Famílias: Os Desafios da Intersetorialidade” (MDS/ CNPq).
- **ELIANE CRISTINA LOPES BREVILHERI** – Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre e Doutora em Política Social e Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Assistente Social da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, lotada na 18ª Regional de Saúde (Cornélio Procópio/PR). Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.
- **ELISABETE VITORINO VIEIRA** - Mestranda em Serviço Social UFPB. SEPSASS.
- **FLÁVIA JAIANE MENDES JUSTINO** - Mestranda em Serviço Social UFPB.

● **FLÔR DE LIZ ADECILIA CATHARINA MATOS** - Assistente Social. SEPSASS. especialista em Gerontologia.

● **GABRIELLE TAYANNE ANDRADE VASCONCELOS** - Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2010). MESTRE em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (2012-2014) na linha de pesquisa Política Social, com pesquisa intitulada “O envelhecimento como questão social: um estudo da política do idoso na Paraíba (2011-2014)”. Atualmente é Gerente Operacional da Proteção Social Especial da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH). Já foi Coordenadora da Política da Pessoa Idosa do Estado da Paraíba, é Conselheira dos Conselhos: da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência, é membro do Comitê Gestor responsável por pensar a Política da Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba, é membro da Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Tem experiência em gestão de políticas públicas, com destaque na Política de Assistência Social, atuando principalmente nos assuntos relacionados as crianças e adolescentes, pessoa com deficiência, pessoa idosa, população em situação de rua, entre outros.

● **GILVANEIDE NUNES DA SILVA** - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2010) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Atualmente é estagiária da Universidade Federal da Paraíba, avaliadora de artigos da Universidade Federal da Paraíba, avaliadora de artigos da Rede Unida de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, membro titular da Comissão I. Bipartite - CIB - Secretaria de Estado de desenvolvimento Humano, professor FPB da Sociedade Paraibana de Educação e Cultura e assessor de gabinete - Secretaria do Estado e Desenvolvimento Humano da Paraíba, atuando principalmente nos seguintes temas: abrigo, classe social, dependência química, inclusão, e educação;

● **GYSLANEA DAYANNE DA SILVA** - Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Especialista em Gestão de Programas e Projetos Sociais pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Apresenta experiência profissional no espaço sociojurídico, na política de assistência social e na política de educação. Atua como assistente social no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Campus Cabo de Santo Agostinho. Membro, na função de secretária, do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros e Indígenas (NEABI/IFPE) do Campus Cabo de Santo Agostinho. Membro do Núcleo de Atendimento às Pessoas com Necessidades Especiais (NAPNE/IFPE) e do Núcleo de Gênero e Diversidade do IFPE - Campus Cabo de Santo Agostinho. Participa como coorientadora do projeto de extensão voltado para educação popular em direitos humanos, no IFPE / Campus Cabo de Santo Agostinho. Realiza estudos e pesquisas voltados para os seguintes temas: Estado, Políticas Públicas e Proteção Social. Registra experiência docente no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) nas disciplinas: Política de Assistência Social e Proteção Social Básica, além de ministrar oficinas temáticas para grupos de homens e mulheres de diferentes faixas etárias.

● **HERIVÂNIA DE MELO FERREIRA E OLIVEIRA** - Mestranda em Serviço Social UFPB. SEPSASS.

● **JOACELY CARNEIRO FIGUEIREDO** - Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialização em Serviço Social e Políticas de Proteção Social, pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa - CINTEP e à Faculdade Nossa Senhora de Lourdes. Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2010). Atuação principal nos seguintes temas: assistência social, idoso,

direitos sociais, prática profissional e educação.

● **JOLINDA DE MORAES ALVES** – Graduada em Serviço Social pela UEL, Mestre em Serviço Social pela PUC-SP, Doutora em História e Sociedade pela UNESP – Assis/SP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL(2014-2017). Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq) “Gestão de Políticas Sociais”. Coordenadora do Casadinho/PROCAD UEL-PUC/SP (2015-2017).

● **JORGE MANUEL LEITÃO FERREIRA** - Doutor em Serviço Social na especialidade de Serviço Social, Políticas Sociais e Sociedade. Mestrado em Serviço Social (ISSSL:1998), após a Licenciatura em Serviço Social (ISSSL: 1990). Realização de um curso pós-graduado no Instituto Superior de Psicologia Aplicada - História das Ideias e das grandes Doutrinas em criminologia (ISPA: 1993), frequência do ano Zero «Abordagem Sistémica» do curso de Terapia Familiar (Associação Portuguesa de terapia Familiar: 1997), realização de provas de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica (ISSSL: 2000) sobre o tema, Mediação e Intervenção Social em Justiça. Realização de Formação Prática de aprofundamento após Licenciatura no estrangeiro, em Reabilitação Psiquiátrica na Fundação de Waterheuvel, Amsterdão / Holanda (1993), em Reabilitação Psiquiátrica na Societé Parisiene d'aide á lá Santé mental - SPASM ? Paris (1993); Reinserção e Integração Profissional na Scottish Association for mental health ? Escócia (1994). Participação em programas e projectos de investigação nas áreas da Transferência dos perfis de acção, formação, para desenvolvimento da relação de ajuda aos públicos em situação de abandono (Crianças, Adolescentes) ; Trabalho Social na Europa ? Modelo Comparativo em Línguas Românicas e nos domínios do Sistema de Protecção à Criança; Direitos da Criança, políticas sociais de Infância e Intervenção Social com Famílias. Colaborador da Revista Katálisis (revista semestral com circulação em países de língua hispânica e em Portugal dirigida a Assistentes Sociais e Profissionais de áreas afins, Professores, Investigadores). Professor de diferentes Unidades Curriculares ao nível de 1º e 2º Ciclo. Professor Visitante na Universidade Complutense de Madrid (Escuela de Trabajo Social), e na Universidade de Granada (Escuela de Trabajo Social), colaborador com instituições de ensino superior em Portugal (Instituto Universitário de Lisboa ? ISCTE) e nos programas de cooperação científica de docentes da Universidade Lusíada de Lisboa (Instituto Politécnico da Guarda, Instituto Politécnico de Beja, Universidade dos Açores). No ano de 2009, Acreditado Avaliador Externo das Novas oportunidades. Vogal de Júri do concurso de dirigente de grau intermédio de 2º grau da Administração Pública. Coordenador pedagógico ? científico e professor do Curso de Especialização Tecnológica (CET) «Acolhimento em Instituição». (2008/2010). Várias participações no âmbito do Programa Socrates Erasmus (mobilidade de professores) com Universidades Europeia: Complutense de Madrid Espanha, universidade de Kalmar Suécia, Universidade de Mastrich, Holanda, Universidade Bicocca Milão Itália e Universidade de Granada Espanha. Áreas Científicas de Formação: Teoria e Metodologia do Serviço Social, Teoria Crítica e Serviço Social, Investigação em Serviço Social, Seminários de Prática em Serviço Social, Avaliação de Programas de Políticas Sociais, Serviço Social Internacional; metodologias de Investigação, Metodologias Específicas de Intervenção em Gerontologia Social, intervenção Social em Situações de Risco, Intervenção Social com Famílias Maltratantes, intervenção em Rede, Comportamentos Desviantes, Introdução à Criminologia e Vitimologia.

● **MARCELO GALLO** - Possui graduação em: Licenciatura Plena em Matemática, pela Fundação Santo André (1995), Licenciatura Plena Pedagogia, pela Fundação Santo André(1997); Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade de Mauá (2006), Especialização em Instrumentos Físicos como material pedagógico - Universidade de São Paulo, (2000), mestrado em Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009) e doutorado em Programa de Estudos

Pós-Graduados em Serviço Social PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2013). Pós-doutorado no Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (2014); Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2015). Pós-doutorado em andamento Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2016-2019). Atualmente é pesquisador visitante da Universidade Federal da Paraíba, pesquisador do NEPSAS - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Segurança e Assistência Social do Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social da PUC-SP, Pesquisador do Grupo de Pesquisa Teoria Social de Marx e Serviço Social, da UNESP-SP. Professor da Universidade Estadual de São Paulo Júlio de Mesquita Filho - UNESP, no curso de Serviço Social e de Relações Internacionais. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: Criança, Adolescentes, Juventude e Família; Formação Permanente de Trabalhadores do SUAS, Direitos Humanos, Política Social, Diagnóstico, Avaliação, Monitoramento e Construção de Indicadores Sociais de Políticas Públicas, criança e adolescente, juventude e serviço social.

● **MARCIA EMÍLIA RODRIGUES NEVES** - Professora Associado IV do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Sociologia PPGCS/UFPB.

● **MÁRCIA PASTOR** – Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina/PR. Vice Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq) “Gestão de Políticas Sociais”.

● **MARIA APARECIDA RAMOS DE MENESES** - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1987), Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1992) e Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Professora associada do DSS/UFPB. Exerceu a função de Chefe Departamento de Serviço Social da UFPB ; Coordenadora da Pós graduação em Serviço Social -PPGSS/UFPB ;Diretora do Centro de Ciências Humanas Letras e Artes da UFPB. Secretária de Estado do Desenvolvimento Humano da PB. . Desenvolve trabalho na área de Ciência Política, com ênfase em Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: prática profissional, serviço social, educação, serviço social e política social.

● **MARIA DE LOURDES SOARES** - Licenciada em Ciências pela Universidade Federal da Paraíba (1982), Bacharelada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1995), Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1989), Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001) Pós-Doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC, SP, 2016). Coordenadora do Laboratório de Estudos e Práticas Sociais (LEPS/DSS/UFPB), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB) e Chefe do Departamento de Serviço Social (DSS/CCHLA) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Atualmente é professora da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Nível Associado IV . Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia Cultural, atuando principalmente nos seguintes temas: mudanças relacionadas a fatos históricos, sociais, culturais, políticos e econômicos para entender as diversidades sociais, políticas e econômicas. Assim projetos sociais relacionados as negação de direitos, as desigualdades sociais, aos riscos sociais e as precariedades nas áreas rurais e nos grandes centros urbanos. , comunidade e inclusão.

● **MARIA DO SOCORRO DE SOUZA VIEIRA** - Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1981), mestrado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Paraíba (1994) e doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002). Atualmente é professora associada da Universidade Federal da Paraíba, do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Tem experiência nas áreas de Serviço Social, Antropologia e Sociologia, com ênfase em Infância e Juventude, atuando principalmente nos seguintes temas: violência sexual contra criança e adolescente, uso de droga e risco, política da criança e do adolescente.

● **MARINALVA DE SOUSA CONSERVA** - Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba, possui Pós-Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP/2010); Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003); Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1990) e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (1984). Possui experiência na área de Serviço Social com ênfase nas Políticas Sociais, Gestão da Proteção Social, Desigualdades Socioterritoriais, Assistência Social, Transferência de Renda e Avaliação de Políticas Públicas. Atualmente, coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/ PPGSS/UFPB), e desenvolve estudos e pesquisas em rede acadêmica multidisciplinar (local, nacional e internacional), no âmbito da pós-graduação e graduação na Área de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social Aplicado e Gestão das Políticas Sociais. Coordenou o Projeto Casadinho/Procad CNPQ/CAPES No 552248/2011-8 , sob o título - ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRANSFERÊNCIA DE RENDA: INTERPELAÇÕES NO TERRITÓRIO DA PROTEÇÃO SOCIAL, em parceria com o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP (2011-2016).

● **NATHÁLIA DE MEDEIROS GOUVEIA** - Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2016). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Foi Coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social CREAS Regional/Pólo Lucena pela Secretaria de Desenvolvimento Humano do Estado da Paraíba SEDH (2014?2017). Atualmente é residente em Saúde Hospitalar - Ênfase em Paciente Crítico pela Universidade Federal da Paraíba. Tem como principais áreas de atuação: Assistência Social; Saúde; Políticas Sociais; Gênero; e Crianças e Adolescentes.

● **PATRÍCIA BARRETO CAVALCANTI** - Professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Serviço Social pela PUC-SP. SEPSASS.

● **RAÍ VIEIRA SOARES** - Graduado em Serviço Social pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE – campus Iguatu) e mestrando em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

● **RENATA MARTINS DOMINGOS** - Possui graduação em Direito pela Universidade de São Paulo (1996) e Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas no Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba - campus I, área de concentração Direitos Humanos (2015). É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS) da Universidade Federal da Paraíba. É advogada com experiência na área de Direito Administrativo, Eleitoral, Constitucional e Socioassistencial. Participou da equipe de sistematização do Plano de Assistência Social do município de João Pessoa - 2011/2013.

● **ROBERTA TEODORICO FERREIRA DA SILVA** - Formada em Serviço Social pela UFPB (2013)

com especialização em Gestão do Sistema Único de Assistência Social-SUAS na Faculdade Internacional da Paraíba- FPB (2014-2016). Mestrando em Serviço Social pelo PPGSS/UFPB e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais- NEPPS/UFPB.

● **SANDRA MARIA ALMEIDA CORDEIRO** – Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. Professora do Departamento de Serviço Social da UEL. Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.

● **VANEIDE ALVES DOS SANTOS** - Graduada em Serviço Social pela UFPB e mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) na UFPB 2016. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais - NEPPS/UFPB.

● **VIRGINIA HELENA SERRANO PAULINO LIMA** - Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Bacharel em Serviço Social pela UFPB (2007). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social da UFPB, realizando a pesquisa intitulada “A Política Pública de Assistência Social, Transferência de Renda e Territórios de Gestão de Proteção” em parceria com a Núcleo de Estudos e Pesquisa em Seguridade Social da PUC/SP. Possui experiência profissional, como assistente social, na área de Política de Assistência Social, com atuação no Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (2007-2011), Programa Bolsa Família no Município de João Pessoa e atualmente exercendo a função de técnica da Gerência Executiva de Vigilância Sociassistencial na Paraíba.

● **WALESKA RAMALHO RIBEIRO** - Doutoranda em Serviço Social pelo Instituto Universitário de Lisboa? ISCTE (2015-2018). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2012). Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2002). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Políticas Sociais ? NEPPS da Universidade Federal da Paraíba. Membro do Núcleo de Doutorandos Latino-América do ISCTE/Lisboa. Consultora na empresa de Assessoria e Consultoria em Políticas Sociais. Integrante do corpo docente do Programa de Capacitação continuada dos trabalhadores da assistência Social da Secretaria de Estado e Desenvolvimento Humano em Parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social ? MDS. Membro docente do quadro externo do Curso de Pós Graduação em Gestão da Política de Assistência Social ? SUAS da Faculdade Internacional da Paraíba ? FPB. Tem experiência em gestão de políticas públicas e atua principalmente nos seguintes temas: Política de Assistência Social, Gestão do Controle Social no Sistema Único de Assistência Social, Gestão dos Serviços Socioassistenciais, Política da Criança e do Adolescente e Política de Atendimento à pessoa Idosa.

● **WANESSA LEANDRO PEREIRA** - Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social da UFPB, realizando a pesquisa intitulada “A Política Pública de Assistência Social, Transferência de Renda e Territórios de Gestão de Proteção” em parceria com a Núcleo de Estudos e Pesquisa em Seguridade Social da PUC/SP. Realizou pesquisas no campo da criança e do adolescentes, através de Grupo de Estudos sobre Violência, especificamente com Adolescente internos do Centro Educacional do Adolescentes - CEA em João Pessoa que cumpriam medida socioeducativa de privação de liberdade. Possui atuação na Política de Assistência Social, junto ao Programa de Transferência de Renda Bolsa Família e na gestão dos Benefícios Eventuais na Prefeitura de Bayeux/PB. Tem como enfoque de pesquisa os movimentos sociais, especificamente a atuação das lideranças comunitárias junto as políticas sociais, no processo de construção/participação.

Política de Assistência Social e a questão das drogas: reflexões e articulações necessárias

André de Menezes Gonçalves¹

Cynthia Studart Albuquerque²

Raí Vieira Soares³

RESUMO

A questão das drogas tornou-se fenômeno social e objeto de diversas políticas públicas nas últimas décadas. A temática precisa ser compreendida para além da relação crime/doença, saúde/polícia e pena/tratamento. Neste aspecto, a política de assistência social tem um local estratégico, numa perspectiva da garantia de direitos. Mas isso não se dá de forma automática. Pelo contrário: há uma série de desafios postos à articulação entre as políticas sobre drogas e a de assistência social para a garantia da proteção social aos/às usuários/as de drogas e seus familiares.

PALAVRAS CHAVES: Questão das Drogas, Proteção Social, Assistência Social.

ABSTRACT

The drug issue has become a social phenomenon and object of various public policies in recent decades. The theme must be understood beyond the crime ratio/disease, health/police and pen/treatment. In this respect, social welfare policy has a strategic location, in a perspective of warranty rights. But this does not happen automatically. On the contrary, there are a number of challenges posed to the relationship between drug policy and social assistance for ensuring social protection for user the drugs and their families.

KEYWORDS: Question of Drugs, Social Issues, Social Protection, Social Assistance.

1. Mestre em Planejamento e Políticas Públicas (Universidade Estadual do Ceará - UECE) e graduado em Serviço Social (UECE). Professor Assistente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campinha Grande (UFCG).

2. Doutoranda em Serviço Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ), mestre em Sociologia (Universidade Federal do Ceará - UFC) e graduada em Serviço Social (Universidade Estadual do Ceará - UECE).

3. Graduado em Serviço Social pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE – campus Iguatu) e mestrando em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

INTRODUÇÃO

A questão das drogas é um assunto polêmico em quase todo o mundo, muitas vezes vista como tabu e cercada de questões morais, políticas, econômicas e sociais. No Brasil, o tema tem sido historicamente tratado numa perspectiva punitiva, policialesca, proibicionista e disciplinadora dessa prática social. Nas últimas décadas é que essa questão tem sido tratada como objeto das políticas sociais, as quais começam a reconhecer o ‘problema’ do abuso e da dependência de drogas, também, como uma questão social e de saúde. Há avanços nas reflexões sobre a questão das drogas para além das políticas criminais e de saúde, os quais consideram suas múltiplas determinações. Mas isso ainda se coloca como um grande desafio para as ações intersetoriais na perspectiva da garantia dos direitos e da proteção social.

A política de assistência social ocupa lugar importante no “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” e no “Programa Crack, É Possível Vencer”, quando de trata do cuidado e da proteção, mesmo que ainda nela prevaleçam abordagens teóricas, políticas e interventivas sobre a “questão das drogas” que, muitas vezes, reproduzem a tutela, o estigma, o controle e a repressão e punição dos/as sujeitos/as sociais que fazem uso de drogas.

Com base nas informações da pesquisa “A Proteção Socioassistencial para Usuários de Crack e Outras Drogas e suas Famílias: os desafios da intersectorialidade”⁴, este artigo versa sobre a necessidade de novas reflexões e articulações entre as políticas sobre drogas e a política de assistência social. Aponta alguns elementos para a construção de intervenções públicas para além da repressão-medicalização-preconceito, basiladas na perspectiva dos direitos humanos e sociais aos/às usuários/as de drogas e suas famílias.

Apresentaremos, a seguir, os principais desafios postos à articulação necessária entre as políticas sociais tendo como referência a proteção e cuidado aos/às usuários/as de drogas alicerçada na perspectiva dos direitos, contrária à tendência de criminalização da pobreza e do proibicionismo que historicamente permeiam as práticas sociais e públicas sobre drogas no Brasil.

01. A QUESTÃO DAS DROGAS E A PROTEÇÃO SOCIAL

Nossas experiências investigativas permitiram aprofundarmos algumas reflexões acerca da questão das drogas na contemporaneidade, buscando os nexos causais e suas rela-

4. Pesquisa realizada pelo NEPSSS-IFCE em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo como campo de investigação os equipamentos e serviços das políticas de assistência social e de saúde da cidade de Iguatu (CE), nos anos de 2014 e 2015.

ções com a proteção social destinada aos/às usuários/as da política assistência social e seus familiares, buscando superar os estigmas, o julgamento moral e as ideias do senso comum que ainda permeiam esse fenômeno.

Nosso esforço é refletirmos sobre os desafios postos ao fortalecimento das articulações intersetoriais entre as redes SUAS-SUS (respectivamente, Sistema Único de Assistência Social e Sistema Único de Saúde), o que podem auxiliar na construção de estratégias e intervenções para garantia da proteção integral aos/às usuários/as e seus familiares.

Existe uma relação histórica entre a vivência humana e a questão das drogas⁵. O uso de substâncias psicoativas e os significados a elas atribuídos são uma construção sócio-histórica: sejam as práticas terapêuticas ou alimentares, os rituais e os usos hedonistas ou as práticas presentes na sociedade capitalista contemporânea (BRITES, 2006).

As drogas passam a ser objeto de preocupação da sociedade, especialmente em seu caráter mercantil (produção, consumo e lucratividade), mas também quando os Estados, em sua matriz proibicionista, definem o caráter legal e ilegal (permissão-proibição) da questão das drogas, conformando, assim, usos problemáticos e os danos sociais estabelecidos pela sociedade com essa prática. Elas tornam-se um “problema” para a sociedade, passando a reclamar respostas estatais com intervenções no âmbito da repressão, do controle e, posteriormente e contraditoriamente, do cuidado, no contexto da sociedade moderna capitalista. Identificamos a matriz proibicionista como um paradigma através do qual se

rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos, entretanto, vão muito além das convenções e legislações nacionais. O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas (FIORE, 2012, p. 01).

Como produto histórico, a questão das drogas, em cada contexto, adquire determinadas particularidades, assim como as formas de enfrentamento e tratamento por parte do Estado e da sociedade. Hegemonicamente, as respostas dadas à temática têm sido enredadas com base no proibicionismo e na guerra às drogas.

5. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), num conceito amplo, pode-se considerar droga “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (BRASIL, 2011, p. 18). Entre as chamadas “drogas” existem aquelas psicoativas ou psicotrópicas que tem como característica principal a ação sobre o funcionamento do cérebro. Todavia, o termo “droga” hoje é usualmente empregado a um grupo mais restrito de substâncias psicoativas que foram tornadas ilícitas (FIORE, 2012).

No Brasil, esse proibicionismo vincula-se à “formação social conservadora e heterônoma, acrescida de um Estado que passa a intervir sobre fenômenos sociais tomados como problemas a partir de um binômio: repressão e assistência” (LIMA, 2012, p. 11). As políticas sobre drogas são entendidas no mirante da medicalização-criminalização.

Também estão presentes nas políticas sobre drogas a influência da eugenia e do higienismo no início do século passado que, ancorados no saber médico hegemônico (racista e etnocêntrico), associava frequentemente características genéticas a “desvios morais” de determinadas minorias sociais, a partir da conformação de um ideal étnico-racial, isto é, branco e eurocêntrico considerado superior (MORAIS, 2005). O proibicionismo tem essa funcionalidade no Brasil: controle e repressão das classes subalternizadas, associando às mesmas o consumo e o tráfico de drogas como algo próprio e negativo do seu cotidiano e estilo de vida (idem).

São nas chamadas favelas ou periferias que estão presentes alguns dos segmentos mais vulnerabilizados e expostos às situações de risco e de violência: os/as jovens, pobres, negros/as, filhos/as de trabalhadores/as que, na condição de estudantes de escola pública, tendem a apresentar desvantagens no processo de ensino-aprendizagem. Consequentemente, têm dificuldade em permanecer na escola e ingressar no mercado de trabalho formal. Esse mercado, além de restrito, tem baixa remuneração e exige experiência prévia, dentre outros requisitos que o/a jovem, negro/a, pobre e com pouca escolaridade, tem, sem dúvida, muita dificuldade em nele ingressar e permanecer. Diante desse, além do aumento do consumo, da produção e da comercialização das drogas no cotidiano desses/as jovens, o “mercado ilegal” passa a ser uma das alternativas para geração de renda e para mobilidade social⁶.

Conforme dados da pesquisa Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil⁷ (2013), os/as usuários/as de crack são principalmente adultos/as jovens, com idade média de 30 anos, homens (78,7%), não brancos (80%) e solteiros (60,6%). Apresentam baixa escolaridade, sendo que apenas dois em cada dez cursaram ou concluíram o ensino médio. Ainda, segundo a pesquisa, a estimativa para a população que consome crack e/ou similares de forma regular nas capitais do Brasil é de 0,81%, o que representa 370 mil usuários/as. Já a estimativa para o número de usuários/as de drogas ilícitas em geral, com exceção da maconha, é de 2,28%; ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários/as. Os/as usuários/as de crack e/ou similares correspondem a 35% dos/as consumidores/as de drogas ilícitas nas capitais do país. Cerca de 14% do total são crianças e adolescentes - o que equivale a mais de 50 mil usuários/as.

6. Estas impressões apontam duas questões centrais para as políticas públicas sobre drogas, particularmente, para a assistência social: as pessoas com problemas com drogas, sejam usuários/as ou pequenos/as comerciantes, são pertencentes às frações mais pauperizadas das classes subalternizadas; e ainda, que o uso abusivo ou problemático de drogas aprofunda as situações de risco, vulnerabilidade e miserabilidade que estão expostos, bem como dificultam as possibilidades de superação dessas condições.

7. Esta pesquisa foi divulgada pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), revela as principais características epidemiológicas dos/as usuários/as de crack e outras formas similares de cocaína fumada - pasta-base, merla e oxi - no país.

A referida pesquisa apontou ainda que 78,9% dos/as usuários/as de crack desejam se tratar. No entanto, é frágil e dificultoso o acesso aos serviços disponíveis, como unidades e centros de saúde, procurados por apenas 20% deles nos trinta dias anteriores à pesquisa. Unidades que fornecem alimentação gratuita (17,5%) ou instituições que fazem acolhimento, a exemplo de abrigos, casas de passagem e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), são buscados por 12,6%⁸.

O governo federal lançou o Programa “Crack É Possível Vencer”. De acordo com o mesmo, a diversidade de problemas trazidos pelas drogas tem dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais, constituindo um grande desafio para implementação de uma política que exige uma abordagem abrangente e o desenvolvimento de ações articuladas que impliquem na prevenção ao uso, no cuidado aos/às usuários/as e no enfrentamento com autoridade ao tráfico de drogas – eixos centrais do programa.

Prevê uma articulação interministerial entre várias políticas públicas, de forma mais direta entre saúde, assistência social e segurança pública, e, de forma complementar, ações de educação e garantia de direitos. Outra prerrogativa do programa é a “parceria” entre poder público e sociedade, tendo como um dos principais focos o investimento para ampliação e o fortalecimento das redes de tratamento, sobretudo, das comunidades terapêuticas.

É importante considerarmos que, de um modo geral na política de saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) encontra-se incompleta - já que a reforma psiquiátrica brasileira é inconclusa, com redes completamente sucateadas, além de apresentarem serviços escassos para a maioria da população. Os que existem, em sua grande parte, funcionam em péssimas condições de atendimento, com a falta de equipamentos e profissionais. Assim, na disputa do fundo público, o financiamento de serviços privados, especialmente das comunidades terapêuticas, significa desfinanciamento da rede pública e universal.

Em relação à política de assistência social, apesar dos grandes avanços obtidos através da construção e estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁹, vários desafios se colocam para a proteção social garantidora de direitos. Entendemos que a proteção social é uma construção sócio-histórica advinda do processo de luta, resistência e exigência de direitos por parte da classe trabalhadora, mediada pelo Estado, marcada pela consolidação do modo de produção capitalista que tem seu fundamento na exploração do

8. A pesquisa também revelou que os/as usuários/as manifestaram um maior interesse por serviços associados à política de assistência social e por serviços não necessariamente voltados ao tratamento da dependência química, como os ligados à higiene, à distribuição de alimento, ao apoio para conseguir emprego, escola ou curso e atividades de lazer. Esses aspectos foram citados por mais de 90% dos entrevistados/as como fundamental para facilitar o acesso e ao uso de serviços de atenção e tratamento.

9. Conforme disposto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, nº 8.742/93), a assistência social deve se organizar a partir de um sistema de gestão descentralizado e participativo. Entretanto, a construção efetiva deste só veio a se realizar com a nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) a partir de 2004 e com as demais normativas editadas a partir de então. O SUAS é integrado pelos entes federados, pelos respectivos Conselhos de Assistência Social e pelas entidades e organizações socioassistenciais - entidades de direito privado, sem fins lucrativos.

trabalho coletivo. Para Boschetti (2009), a seguridade social, modelo que se institui sob a lógica do processo de organização do trabalho e como direito, representa o acirramento da luta política travada entre a classe trabalhadora e a burguesia.

A atual política sobre drogas, no que se refere à assistência social, propõe o desenvolvimento de atividades preventivas, de natureza socioeducativa, pautadas no fortalecimento do convívio familiar e comunitário, do protagonismo dos/as usuários/as nas políticas sociais, apoio pelas ações de transferência de renda e de inclusão produtiva, a serem realizadas nos territórios mais vulneráveis, de risco – isto no âmbito da Proteção Social Básica; já no âmbito da proteção especializada, aponta o desenvolvimento de ações de acolhimento e atendimento às situações de risco e violações de direitos, tendo como público prioritário a população em situação de rua. A assistência social, como uma política de direito e dever do Estado, se configura como uma relevante estratégia para a proteção social dos/as usuários/as de drogas e seus/suas familiares, essencialmente no que se refere às atividades de prevenção, proteção e a chamada “reinserção social”.

Observamos que a partir da estruturação e, posterior, regulamentação do SUAS no Brasil, obtivemos alguns avanços no padrão de seguridade, conformando ações públicas sob responsabilidade do Estado e como direito dos cidadãos. Mas esse cenário também apresentou enormes desafios. Esses avanços ocorreram no marco do neoliberalismo e do processo de contrarreforma do Estado (BEHRING, 2008) delineados por uma formação histórica da realidade brasileira que tem como marca uma modernização conservadora (NETTO, 2011) constituída pela unidade entre o moderno e o arcaico, no contexto de uma “democracia restrita” cuja marca é o mando e o favor. Tais particularidades produziram inúmeras contradições no nosso sistema de seguridade social, especialmente, nos últimos anos, tendo como característica principal, a ampliação do acesso à proteção social de um lado; e a precarização, a mercantilização e a focalização das políticas sociais do outro.

02. PROTEÇÃO SOCIOASSISTENCIAL AOS/ÀS USUÁRIOS/AS DE DROGAS E SUAS FAMÍLIAS: ALGUMAS REFLEXÕES

A discussão sobre drogas vem se colocando na ordem do dia na cena política, na mídia e no Estado, mas também, como um conjunto de demandas apresentadas pelos/as próprios/as usuários/as das políticas sociais ao poder público e à sociedade. Na maioria das vezes, o debate é orientado por perspectivas conservadoras, revestidas de discursos moralizantes e normalizadores, resultado da política proibicionista sobre drogas que implica em processos de segregação, controle e criminalização dos/as usuários/as, especialmente os/as pobres.

Ainda é muito presente na sociedade uma ideia sobre drogas somente vinculada àquelas consideradas “ilícitas”; mas cabe destacar a concepção mundialmente reconhecida e adota-

da por importantes instituições que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS):

Droga é toda substância que altera o funcionamento do nosso organismo. Então, é necessário identificarmos também o uso das drogas lícitas. Além das mais óbvias, como o tabaco e o álcool, existem muitas drogas que são desconhecidas como tais pela população, apesar de serem muito populares. Açúcar, cafeína, chocolate, por exemplo, além de diversos fármacos vendidos não à toa em drogarias, podem causar dependência e riscos para a saúde das pessoas (CINCO, 2013, p. 56).

Percebemos que perpetua uma divisão clara do que se considera droga “lícita” e “ilícita”, sobre o que é aceitável e não aceitável socialmente, muito embora as drogas legalizadas possam trazer mais danos do que alguma substância ilegal. A tendência é uma tolerância, aceitação, conformação quanto aos usos ditos lícitos e uma criminalização aos considerados social e legalmente ilícitos.

Isso reforça a direção hegemônica da matriz proibicionista na orientação e formulação das políticas públicas sobre drogas, inclusive para aquelas classificadas como sociais, o que implica identificar, também, que a concepção moral sobre as drogas é orientada por interesses e funcionalidades políticas e econômicas, geralmente, alicerçadas no controle dos comportamentos ditos “desviantes” ou “anormais”.

No âmbito da proteção socioassistencial, a concepção sobre o consumo de substâncias psicoativas ainda é permeada pela ideia de que o uso é monocausal, determinado apenas, geralmente, por problemas familiares ou pela pobreza, associação recorrente nas compreensões e práticas profissionais de boa parte dos/as operadores da política de assistência social, no âmbito dos equipamentos e serviços de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.

Os usos, significados e práticas que os homens e as mulheres estabelecem com as drogas são engendradas historicamente de acordo com determinada formação social, cultural e, principalmente, econômica. Sofreram alterações significativas na idade moderna quando estas substâncias adquirem *status* de mercadoria, a partir do delineamento dado pelo Estado e pelo percurso da reestruturação da economia. Lima (2012) aponta, ainda, que o Estado proibicionista vem “tentando convencer de que será possível uma sociedade sem drogas, sem a recorrente manifestação da procura humana por estados de alteração de consciência” (p. 08). Esse proibicionismo se conecta à prevalência das concepções sobre o consumo de substâncias psicoativas em que o uso das drogas é determinado por problemas familiares e pela pobreza, associação recorrente em muitas práticas profissionais.

Em nosso entendimento nem todo/a usuário/a de drogas se constitui um “problema” e, também, o uso de drogas não é um “problema” para todo/a usuário/a. Já os danos causados pelo abuso e a dependência dessas substâncias, bem como aqueles relacionados à

proibição da produção e do comércio, portanto, seus significados econômicos, políticos e sociais balizados pelo proibicionismo, são fatores que legitimam as práticas adotadas pelos governos e sociedade, pois há

[...] uma questão social candente, campo de trabalho de diversos profissionais, especialistas e cientistas, pauta diária dos veículos midiáticos e conversas cotidianas. Esse é o campo que se constrói ao redor de tudo aquilo que envolve a produção, o comércio e o consumo de algumas substâncias, as quais se convencionou chamar, não sem consequências, de “drogas”, conformando, dessa maneira, a “questão das drogas” (LABATE et al. 2008, p. 23).

Visões unilaterais sobre o universo das drogas ainda estão presentes no imaginário da sociedade. Um dos elementos reprodutor desta perspectiva é a relação da juventude com o uso problemático de drogas ilícitas, o estigma territorial, a responsabilização familiar, o uso como patologia e a relação com a pobreza - elementos que sinalizam a minimização da questão das drogas ao âmbito individual, psicologizante, moral ou patológico, desvinculando das determinações mais universais presentes na sociedade. Especialmente ao jovem pobre, negro e da periferia.

As percepções hegemônicas sobre drogas, nitidamente conservadoras, e a concepção de redução de danos são movimentos que muitas vezes se colidem. Essa postura (atitude) que vem sendo chamada de redução de danos focaliza seus esforços na minimização do uso de drogas e dos problemas advindos dessa prática, centrando suas ações na construção de parcerias com as populações usuárias, na tentativa de construir propostas realistas que possam promover a saúde e o bem estar das pessoas sem recorrer necessariamente à abstinência e aos mecanismos de punição e controle¹⁰.

Embora a política sobre drogas brasileira mantenha como diretriz hegemônica a dualidade assistência/repressão, ampliação/precarização e, ainda, eleja como centralidade da política o “combate ao crack” - o que compreendemos como um equívoco; por outro lado, a incorporação da redução de danos e da perspectiva de integralidade e intersectorialidade representam um grande avanço pois,

em primeiro lugar, os usuários de drogas passam a ser vistos como cidadãos, com previsão à proteção social de uma sociedade, capazes de ter racionalidade e alterar seu comportamento; em segundo lugar, ao invés de uma meta exclusiva de tratamento para a abstinência, tem-se como principal objetivo apoiar os usuários a evitar hábitos que ampliam seus riscos e danos; e em terceiro lugar, dá ênfase a que as informações sejam acessíveis

10. De forma geral podemos destacar a incorporação da perspectiva de redução de danos e a ampliação do arco de políticas públicas preocupadas com a questão das drogas, para além da tradicional dualidade entre a saúde e a segurança pública. E ainda, o surgimento de movimentos sociais antiproibicionistas, a exemplo da Marcha pela Maconha e de outros coletivos que pautam a regulamentação de uma nova política.

a todos os usuários de drogas, trocando metas de longo prazo por outras de curto prazo que são mais acessíveis (LIMA; TAVARES, 2012, p.16).

Esse conflito é perceptível no posicionamento de boa parte dos/as profissionais trabalhadores/as do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - ora de defesa da posição dos intelectuais e militantes da saúde mental; ora marcada pela desconfiança e por medo dos segmentos conservadores que reclamam maior punição. Identificamos o desenvolvimento de tímidas iniciativas e a ausência de atividades preventivas e de redução de danos ao uso abusivo de drogas no âmbito da proteção socioassistencial, especialmente nos territórios dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). A questão das drogas ainda é um assunto velado no âmbito do planejamento, da execução e da avaliação das ações da política pública de assistência social. Ou, muitas vezes, inexistente.

O entendimento de que o uso abusivo de drogas, e suas demandas sociais, são assuntos quase que exclusivos de segurança pública ou de saúde enfraquece a dimensão protetiva da assistência social. Para Sposati (2009), a assistência social é uma política que atende determinadas necessidades de proteção social; assume um caráter protetivo socioassistencial: da superação do isolamento, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; da resistência à subordinação, na perspectiva da autonomia dos/as sujeitos/as usuários/as; e da resistência à exclusão social, possibilitando o combate às apartações. A efetivação das seguranças sociais¹¹ como direitos, que devem aos/às usuários/as, conforme suas necessidades e a situação de vulnerabilidade e risco, a proteção social.

Boa parte dos/as usuários/as de drogas quando chega ao Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), tem suas demandas invisibilizadas da condição própria de usuários/as. Noutras palavras: de um modo geral, nesses equipamentos socioassistenciais, suas demandas são por acesso a benefícios ou à transferência de renda. O/a cidadão/ã pobre, muitas vezes identificado/a como “vulnerável” ou em “risco social”, é o foco da maioria das ações da assistência social. Há uma compreensão hegemônica de que o/a usuário/a de drogas, e suas demandas sociais, são objeto da saúde (medicamentação / hospitalização), de segurança pública (proibição / encarceramento) ou da sociedade (religiosidade / abstinência)¹².

11. A assistência social é um campo em que se efetivam as seguranças sociais como direitos, na perspectiva da garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, por meio do afiançamento das seguranças de acolhida; de renda; de convívio ou vivência familiar, comunitária e social; de desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social; e de sobrevivência (SPOSATI, 2009).

12. Compreendemos que os serviços socioassistenciais não conseguem identificar esse público no âmbito de seus territórios, o que, consequentemente, não identificam ou respondem às necessidades apresentadas vinculadas ao uso abusivo e dependência de drogas. Em função da vivência em diversas expressões da pobreza e da miséria por parte desse público, a procura imediata junto aos CRAS e CREAS objetiva-se em acesso a bens, de caráter complementar ou financeiro. A grande procura é por benefícios eventuais. A demanda pelo atendimento imediato às necessidades materiais e objetivas acompanha a trajetória dessas famílias e sujeitos/as nos CRAS e, também, no CREAS. Mas também faz parte do processo de atendimento o “Não!”. “Não tem”. “Não há disponibilidade”. “Não tem licitação”. “Hoje não temos”. Ocorre, comumente, a negação dos direitos pelo impedimento ao acesso a benefícios sociais – instrumentos importantes na proteção socioassistencial.

Difícilmente os/as usuários/as chegam aos serviços socioassistenciais com “demandas de usuários/as de drogas” - que exigem ações de redução de danos, acompanhamento sociofamiliar, articulação em rede de proteção social e promoção de cidadania. Há significativas fragilidades nos serviços socioassistenciais quanto à promoção de atividades preventivas. A dimensão preventiva, numa perspectiva intersetorial, não compõe o cotidiano desses serviços - mesmo que aleatoriamente haja alguma “parceria” entre os equipamentos socioassistenciais com a saúde ou outras políticas públicas. Infelizmente é fato afirmar que inexistente um trabalho em rede consistente, planejado, estruturado e componente da agenda de prioridades no que tange à prevenção uso abusivo e dependência de drogas em boa parte das ações da política de assistência social. A condição de usuário/a de drogas secundariza-se, inviabiliza-se.

A relação com a política de saúde deveria fortalecer a dimensão preventiva e protetiva, prestando orientação e apoio, bem como promovendo o suporte devido à família e ao indivíduo. Obviamente as ações desenvolvidas pela assistência social não devem substituir o trabalho a ser realizado pela saúde mental no que diz respeito às ações voltadas ao abuso e a dependência de drogas, podendo também desenvolver trabalho social junto às famílias. Tão pouco devem reproduzir as imediatas ações de internação manicomial, embora estas frequentemente se apresentem como demanda pelos/as próprios/as usuários/as ou suas famílias.

Outras solicitações, inicialmente manifestadas como ‘tratamentos’, ‘internações’, ‘medicações’ e acompanhamento psiquiátrico apresentam-se aos serviços como demandas somente da saúde. Há uma prevalência do que denominamos da “cultura do encaminhamento”, configurada a partir do entendimento da questão das drogas como “doença”, portanto, algo de responsabilidade da saúde mental. O que para muitos pode se configurar numa articulação intersetorial (assistência social – saúde), para outros, converte-se em elemento de desresponsabilização. Atrelada à necessidade de tratamento, é possível identificar outras vulnerabilidades e violações que se encontram no âmbito das competências da assistência social.

São notórias duas situações preponderantes nesse processo de identificação de demandas e prestação de ações: reforço das meras práticas do encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculando necessariamente o consumo de drogas à dimensão da saúde mental; e falhas no processo de referência x contrarreferência no âmbito das Proteções Sociais Básica e da Especial. Percebemos que não há um fluxo constituído e pactuado nas ações que se referem à referência e contrarreferência entre os equipamentos e serviços das proteções sociais quanto ao tema das drogas, desde à identificação de situações, passando pelo acompanhamento familiar ou a ação intersetorial com outras políticas públicas.

Na identificação do uso abusivo e dependência de drogas, as equipes de referência deveriam buscar a sensibilização para a realização de um trabalho articulado, conjunto e/ou complementar com as demais políticas públicas. O trabalho exige abordagem intersetorial e intervenções em rede: relações familiares, comunitárias, interações sociais, vida ocupa-

cional etc., incluindo essencialmente as dimensões de classe, gênero e raça. As ações têm estreita articulação em rede, incluindo, além da rede socioassistencial, as demais políticas sociais, com destaque para as de saúde e de educação, e órgãos de defesa de direitos (conselho tutelar, poder judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública).

A assistência social reflete a dualidade controle/proteção presente nas políticas sociais a partir da incorporação da matriz proibicionista, cuja repercussão incide e produz fragilidades sob o ponto de vista político, teórico e interventivo, impossibilitando avanços na política nos termos defendido pela perspectiva crítica ao modelo vigente.

03. DESAFIOS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL E INTERSETORIAL AOS/ÀS USUÁRIOS/AS DE DROGAS E SUAS FAMÍLIAS

A garantia da proteção social requer o reconhecimento dos/as indivíduos/as como unidade indivisível, complexa e com diferentes necessidades. Para isso, torna-se fundamental a articulação intersetorial das diferentes políticas sociais. A intersetorialidade é, portanto, um termo dotado de inúmeros significados e possibilidades de utilização.

Discutir intersetorialidade é considerá-la como um instrumento de otimização dos saberes em prol de um objetivo comum, “a prática social compartilhada, que requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas” (PEREIRA, 2014, p. 23). São três os principais desafios colocados à atenção integral e intersetorial voltada aos/às usuários/às de drogas, no âmbito da assistência social, a saber: a histórica fragmentação presente nas políticas sociais; a frágil participação dos/as usuários/as nas respostas institucionais dadas às suas demandas; e as compreensões sobre drogas balisadas pelo proibicionismo que direcionam ações institucionais entre a resistência e a desassistência.

[A intersetorialidade] ... supõe uma articulação entre sujeitos de áreas que tem suas especificidades e diversidades, portanto, experiências particulares para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de gestão das políticas públicas que está necessariamente relacionado ao enfrentamento de situações concretas. Supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade e as particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto, a estruturação de gestão que materializem princípios e diretrizes a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência as ações (YAZBEK, 2007, p. 98 - os grifos são nossos).

As práticas intersetoriais são a possibilidade de garantir um atendimento de forma

integral, levando em consideração todas as necessidades dos/as sujeitos/as. Um dos grandes desafios é que a intersetorialidade seja realizada como ferramenta de gestão, pois ainda permanece somente no âmbito da “intenção”, dos “encaminhamentos” ou através de tímidas articulações, especialmente no âmbito da política de assistência social em boa parte dos municípios brasileiros.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ao executar de forma integrada programas, serviços e benefícios, por meio da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial, articulando-os com as demais políticas públicas e com o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), poderia desempenhar um papel fundamental na proteção social desses/as sujeitos/as e na redução dos riscos e dos danos sociais. Uma ação consistente e intersetorial de atenção aos/às usuários/as e suas famílias “não pode prescindir dessa rede de proteção, localizada em áreas de maior vulnerabilidade social, e do potencial dos serviços que visam a redução de fatores de risco” e promoção social aprofundada pelo SUAS (MDS, 2011, p. 09).

Faz-se necessário reforçar que, no âmbito da questão das drogas, a assistência social não é autossuficiente, pois depende da ação intersetorial para o seu sucesso. É imprescindível que cada política pública (saúde, educação, segurança pública, assistência social, cultura etc.) faça sua parte; mas que todos trabalhem em conjunto no sentido da garantia da proteção social integral, em especial, nos territórios mais vulneráveis e/ou com a presença de tráfico e do uso abusivo de drogas.

Percebemos a questão das drogas ainda não é incorporada pela política de assistência social como uma situação de risco e vulnerabilidade social - alvo de intervenção dessa política. Portanto, não se apresenta como demanda-resposta-ação para os equipamentos da rede socioassistencial, mesmo estando inseridos em territórios que as expressões da “questão social” são atravessadas pela questão das drogas.

As drogas ainda se manifestam como um assunto que se situa na dimensão do velado, da invisibilidade; o que dificulta a identificação dos casos pelos serviços socioassistenciais, comprometendo o aprofundamento do debate a respeito da temática junto às comunidades. Ainda há profissionais da rede socioassistencial com fragilidades técnicas e teóricas para atuar nos casos dessa natureza. O não reconhecimento desses/as como usuários/as da assistência social demonstra a dificuldade em consolidar a intersetorialidade como ferramenta de gestão entre as políticas sociais.

A atenção a esse público na rede de proteção social é, contraditoriamente, marcada por alguns avanços, várias fragilidades e inúmeros desafios. Há predominância da concepção sobre drogas vinculada ao binômio desvio/doença - segurança pública/saúde; permanece no âmbito das políticas sociais a ideia do controle, da punição e da abstinência; focalização da atenção aos/às usuários/as e seus familiares no âmbito exclusivo do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD). Outro aspecto fundamental é a fragilidade na formação/qualificação do quadro de recursos humanos sobre as drogas, o que repercute na produção

e reprodução de práticas estigmatizantes fundadas no medo, na negação e/ou desresponsabilização sobre o tema.

Prevalece fortemente a “cultura do encaminhamento”; “invisibilidade” da questão das drogas para a política de assistência social, ao não incorporá-la como situação de risco, vulnerabilidade e violação de direitos. Portanto, o abuso e a dependência de drogas não se convertem em demanda-ação para a Vigilância Socioassistencial no âmbito das metodologias, técnicas e procedimentos operacionais no acompanhamento familiar / individual.

A condição de *invisibilidade dos sujeitos – desresponsabilização da demanda – cultura do encaminhamento – incapacidade de dar respostas*, agudizam esse quadro de ineficiência que a assistência social apresenta nas suas respostas aos/às usuários/as de drogas e seus familiares.

A capacitação, a educação permanente e a intervenção qualificada colocam-se como grandes desafios aos/às operadores/as dessa política quando o assunto é sobre drogas. O abuso e dependência de substâncias psicoativas, em grande maioria, ainda não são incorporados aos serviços socioassistenciais como situação de risco e/ou vulnerabilidade social, o que não geram demandas e, por conseguinte, respostas institucionais. Prevalece o desconhecimento, o estigma e as ideias presentes no senso comum sobre drogas.

É urgente e necessária a superação da visão conservadora sobre o uso de drogas como ‘desvio’ e/ou ‘doença’, ainda predominante nos serviços socioassistenciais e reproduzida por meio de práticas estigmatizantes de controle e punição por meio da maioria de seus/ suas operadores/as. A incorporação da estratégia de redução de danos à saúde e os riscos sociais na política de assistência social, como diretriz às ações de prevenção, atendimento, reinserção social, apresenta-se como uma potência, assim como, o fortalecimento e a consolidação da intersectorialidade como princípio na garantia da proteção social integral aos usuários de drogas e seus familiares.

É mister a construção de uma política sobre drogas no Brasil numa perspectiva antiproibicionista e realista, que atenda às reais necessidades dos/as usuários/as e seus familiares, garantindo seu protagonismo e sua condição de sujeitos/as de direitos em respeito às liberdades individuais e aos direitos humanos e sociais. Desafios postos à assistência social.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª. Edição. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. *In: Serviço Social: direitos*

- sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD-UNB, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil**. Brasília: 2011.
- BRITES, Cristina. **Ética e Uso de Drogas**: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde e redução de danos. Tese de doutorado. São Paulo: PUC, 2006, mimeo.
- CINCO, Renato. O debate sobre a legalização das drogas. *In: Revista Inscrita*. Nº 14. Brasília: Revista Inscrita, CFESS, 2013.
- IORE, Maurício. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *In: Revista Novos Estudos*. CEBRAP, 2012.
- LABATE, Bia (et al) (Org.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. São Paulo: BoiTempo, 2009.
- LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. O proibicionismo às drogas: sua periodização e seus marcos transnacionais. *In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. LEAL, Fabíola Xavier. (Orgs.). Análise de Políticas Públicas*: temas, agenda, processos e produtos. 1ª edição. São Paulo: Editora Annablume, 2012.
- LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. TAVARES, Priscilla. **Desafios Recentes às Políticas Sociais Brasileiras Sobre as Drogas**: enfrentamento ao crack e proibicionismo. Vitória: Argumentum, v. 4, p. 6-23, 2012.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS**: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Brasília: 2011.
- MORAIS, Paulo César de Campos. **Drogas e Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Tese de Doutorado, 2005.
- NETTO, José Paulo Netto. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais numa perspectiva dialética. *In: MONNERAT, Giselle Lavinias [et ali]. (Orgs.). A Intersectorialidade na Agenda das Políticas Sociais*. Campinas, SP: Papel Social, 2014.
- SPOSATI, Aldaísa. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. *In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Conceção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil*. Brasília: MDS; UNESCO, 2009.
- YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

Minha Casa Minha Vida - Do sonho ao pesadelo

Jolinda de Moraes Alves¹

Sanda Maria Almeida Cordeiro²

RESUMO

Esse artigo apresenta parte dos resultados da tese de doutorado sobre a operacionalização da Política de Habitação de Interesse Social desenvolvida em Londrina – PR. Explica que, ao final da década de 1960, o êxodo rural provocou o inchaço da cidade que passou a conviver com as moradias irregulares nos territórios periféricos, separados pelos vazios urbanos que os distanciavam do centro da cidade. Foram construídos os conjuntos habitacionais pela COHAB-LD, para onde foi transferida essa população mediante o processo de erradicação das favelas na década de 1970. Com o aumento de assentamentos precários para 69 em 2007 o município passou a implantar programas de habitação de interesse social e, dentre eles, em 2009, foi construído o primeiro empreendimento do Programa Minha Casa Minha Vida – O Residencial Vista Bela. Por meio da história de vida de um sujeito contemplado pelo programa, a pesquisa demonstra que, apesar de ter recebido uma casa para morar, Vilma atualmente não reside no empreendimento, tendo abandonando o tão sonhado desejo da “casa própria”. Essa análise traz indicativos de que a moradia proposta pelos programas governamentais não é adequada, uma vez que desrespeitada a diversidade cultural, identitária e territorial dos sujeitos contemplados com uma unidade habitacional.

PALAVRAS CHAVES: Território, Programa Minha Casa Minha Vida, Habitação de Interesse Social.

ABSTRACT

This article presents part of the results of a doctoral thesis on the operationalization of the Social Housing Policy developed in Londrina - PR. Explains that, at the end of the 1960s,

1. Graduada em Serviço Social pela UEL, Mestre em Serviço Social pela PUC-SP, Doutora em História e Sociedade pela UNESP – Assis/SP. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da UEL(2014-2017).

2. Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. Professora do Departamento de Serviço Social da UEL. Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.

rural exodus caused swelling of the city that has to live with irregular housing in outlying areas, separated by empty urban spaces that distanced from the city center. Housing developments were built by COHAB-LD, where he was transferred this population through the process of eradication of slums in the 1970s with the rise of precarious settlements to 69 in 2007, the city started to implement housing programs of social interest and among them, in 2009, it was built the first development of the Minha Casa Minha Vida - Bela Vista. Through the life history of a subject contemplated the program, the research shows that, despite having received a house to live, Vilma does not currently reside in the social housing, and abandoning the dream wish of “home”. This analysis provides indications that the housing proposed by government programs is not adequate, since disrespected cultural, identity and territorial diversity of the subjects covered with a housing unit.

KEYWORDS: Territory, Minha Casa Minha Vida Program, Social Housing.

INTRODUÇÃO

A Cidade de Londrina localizada ao norte do estado do Paraná, fundada em 1932, foi projetada para atender 20.000 habitantes e, atualmente (2016), abriga mais de meio milhão de pessoas. A sua rápida expansão urbana reflete a forma acelerada e desorganizada de crescimento da cidade, onde as relações econômicas se desenvolveram em detrimento das sociais, gerando ambiente urbano onde se torna difícil a plena realização das necessidades de moradia da sua população.

Apresentamos nesse artigo³ o desenvolvimento da Política de Habitação em Londrina, procurando demonstrar a produção habitacional de interesse social e seus principais reflexos no contexto urbano.

Em sua recente história, ao longo dos anos de 1950 o município apresentou sua maior expansão econômica populacional e físico-territorial. Nesse contexto, em que Londrina ganhava maior dimensão as moradias irregulares, principalmente a favela, passaram a se constituir em um elemento de preocupação para a administração pública. Desde então, passaram a crescer os vazios urbanos, tornando-se mais acentuada a segregação

3. Parte da tese de doutorado “Obliterações do direito à moradia na política habitacional de interesse social do município de Londrina PR” defendida em setembro de 2015 junto ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina. Esta tese é resultado do Projeto de pesquisa “A Lógica Territorial e a Gestão das Políticas Sociais” no âmbito do CasadinhoPROCAD entre a UEL e a PUC/SP.

urbana, sujeitando cada vez maior parcela da população a buscar um lugar de moradia nas periferias da cidade.

A maior expansão da área urbana de Londrina desde a década de 1950 foi vinculada à construção dos vários conjuntos habitacionais populares localizados na porção norte da cidade, e a sua maioria implementada após 1975, distando esses cerca de 6 km do centro da cidade. Assim, por décadas, foram implementados projetos habitacionais como forma de enfrentar o déficit habitacional que persiste na atualidade.

O artigo se inicia com a abordagem da legislação urbana do município: os instrumentos do planejamento urbano, como Plano Diretor (1988), a lei de Uso e Ocupação do Solo e a Política Municipal de Habitação e, em seguida, descreve os principais Programas de Habitação de Interesse Social executados a partir da década de 2000, dentre eles o Habitar Brasil/BID, PAR, FNHIS, PMCMV, demonstrando a tendência à lógica da especulação imobiliária e da segregação socioespacial.

A análise tem como objetivo explicar como os atuais empreendimentos “fornecem a casa, mas a cidade não vem junto”, abordando o modelo do Residencial Vista Bela, entregue em 2011, por meio do Programa Federal Minha Casa Minha Vida. Apresentamos nesse contexto a história de Vilma e sua luta para garantir o direito de ter a casa própria em Londrina. Comtemplada com uma unidade habitacional no Residencial Vista Bela, após três meses da mudança, ela desistiu da casa e voltou para o antigo território, zona leste.

PROGRAMAS DE HABITAÇÃO DE INTERESSE SOCIAL EM LONDRINA/PR

A cidade de Londrina desenvolveu-se sob um processo de colonização planejado por investidores ingleses que adquiriram grandes áreas de terras férteis, a fim de loteá-las e revendê-las a pequenos proprietários nacionais e estrangeiros que foram atraídos pelas propagandas da venda dos lotes pela Companhia de Terras Norte do Paraná⁴.

Como parte integrante do empreendimento levado a cabo pela CTNP, segundo Fresca (2000) era fundamental para o sucesso do loteamento rural, a presença de um núcleo urbano que garantisse condições mínimas aos pequenos proprietários rurais em termos de coleta, beneficiamento e transporte da produção, oferta de bens e serviços de atendimento às demandas básicas da população rural. Para tanto Londrina foi projetada para abrigar 20.000 habitantes.

4. A CTNP adquiriu do Governo do Estado, terras devolutas a baixo preço, 20 mil réis por alqueire paulista de 24.200 metros quadrados, fato justificado pela falta de vias de acesso na região. Além disso, *na área existiam muitos posseiros, grileiros e safristas, portadores de títulos inválidos, que se viram transformados em invasores*. Para garantir o absoluto direito à propriedade, a CTNP teria comprado novamente esses títulos, tendo pagado duas vezes pela mesma terra.

O projeto urbanístico de Londrina, segundo Linardi (1995) definia certa especialização das áreas, manifestando-se concomitantemente a sua criação, as primeiras evidências de segregação urbana. Para o autor, ao serem implantados o plano e a venda, foi estabelecida uma distinção de valores, gerando uma distinção de usos e padrões que, para Muller (1956), ressaltava as diferentes áreas ocupadas pelo comércio atacadista, residencial; esse zoneamento, segundo ele, foi indiretamente orientado pela Companhia de Terras do Norte do Paraná, devido à diferença de preços.

Na década de 1930, a cidade estava em construção, desmatamentos em cursos, ruas sendo abertas, casas sendo construídas, rapidamente permaneceu seu plano inicial, mediante a dinâmica da pequena produção mercantil, muito embora liderada pelo café e os negócios com as terras. Em 1934, passou à condição de sede municipal na hierarquia administrativa do Paraná e da chegada da ferrovia em 1935, rapidamente a cidade foi expandida.

Segundo Prandini (1952), os lotes eram muito valorizados, mas, por outro lado, começaram a ser vendidas pequenas datas para construção, muitas delas cobertas pela lavoura cafeeira, que, segundo o autor, foram se construindo em vilas. Esses são os primeiros registros da população de menor poder aquisitivo, sendo obrigados a residir fora da cidade. Em 1936 foi criada a primeira vila, a Agari, denominada atualmente de Vila Casoni. A partir de então se sucederam vários novos loteamentos, quase todos ao norte e a leste da cidade.

Alves (2013, p.49) a partir de reportagem da revista “A Pioneira” destacou que quatro anos após a CTNP ter iniciado seus trabalhos, a cidade de Londrina contava com 300 prédios e 1.600 habitantes e em sete anos de formação esses números aumentaram para 2.400 prédios e 13.000 habitantes. Prandini (1952) explica que a expansão ocorria de modo rápido e desordenado, já que não seguia as linhas originais de plano, e tão intensa se tornava a comercialização de novos lotes e a criação de vilas, que o poder público local proibiu, em 1948, novos loteamentos nas adjacências da cidade. Em 1949 a cidade se apresentava com 6.000 prédios e 35.000 habitantes.

Ao longo dos anos de 1950, segundo Fresca (2002) foi que o município apresentou a maior expansão econômica populacional e físico-territorial de sua recente história. Cabe destacar aqui que, em 1951, foi criado pela lei o primeiro Plano Urbanístico da cidade de Londrina, que buscava regulamentar e ordenar o crescimento da cidade, e teve a função de proporcionar a modernização e o embelezamento, ao determinar, em seus artigos, normas para o arruamento, estética das construções e as fachadas comerciais e industriais (CAN-

5. Os efeitos da prática do zoning americano a partir da primeira lei geral aprovada em 1916, em Nova York, são discutidos em vários trabalhos publicados nos anos de 1920, 1930 e 1940 nos Estados Unidos por urbanistas preocupados com a questão da habitação social, entre os quais Charles Harris Whitaker, Werner Hegemann. Esses estudos partem principalmente dos arquitetos vinculados à Regional Planning Association off América (RPAA), que avaliam o zoning desenvolvido nos Estados Unidos como instrumento de especulação que tende apenas a confirmar e elevar os valores imobiliários, como também a incentivar as dinâmicas de mercado nas áreas congestionadas, alimentando processos inflacionários. Planejamento e Zoneamento- 1942-1972 – (FELDMAM, 2005 p. 116).

DOTTI, 1997). As origens dessa primeira legislação urbana, indica que a cidade adotou o urbanismo segmentado, coordenado pela elite dirigente, baseado nos princípios do urbanismo paulistano, que, por sua vez, teve como origem o *zoning* americano⁵.

Fresca (2002) destaca aspectos que representaram e levaram os fortes investimentos econômicos em Londrina, sendo a expansão das atividades do setor secundário e do setor terciário vinculadas também à forte retomada da produção e da exportação do café no Pós-Segunda Guerra Mundial.

Nesse contexto Londrina ganhava maior dimensão, cresciam os vazios urbanos, tornava-se mais acentuada a segregação urbana, sujeitando grande parcela da população aos territórios da periferia.

O próprio leito ferroviário constituía um divisor de águas nesta segregação espacial; as vilas populares cresciam a partir deste leito, onde localizavam-se especialmente armazéns e indústrias de beneficiamento, comércio varejista expandia-se na direção norte da cidade, enquanto a área central ficava reservada para o comércio e os negócios e algumas avenidas e ruas privilegiadas, como reduto da classe A. Vazios urbanos, especulação, segregação espacial, expansão da periferia, entre outros problemas, fazia parte do repertório da cidade. (LINARDI, 1995, p. 184)

Prandini (1952) afirmava que, em 1952, cerca de 30% da área urbana de Londrina era constituída de “vazios urbanos”, com preços mais elevados. Nesse contexto surgem as primeiras favelas de Londrina, ainda sem políticas públicas adequadas para tratar a questão da moradia.

Na época havia quatro áreas ocupadas por favelas⁶ em Londrina, compostas pela população rural advinda de outras cidades do Paraná e de outros estados. Assim como em outros municípios, o processo de ocupação de Londrina seguiu a lógica da mercantilização da terra e da moradia, abrindo espaço para o mercado informal da habitação.

A década de 1960 é marcada pela introdução da lei de zoneamento e pela construção de conjuntos habitacionais na região norte da cidade. Constata-se a expansão de novas terras destinadas à produção agropecuária, com forte crescimento demográfico vinculado à chegada de novos habitantes, forte produção cafeeira apoiada numa estrutura dimensional de pequenos estabelecimentos rurais e predomínio da força de trabalho familiar. De acordo com Fresca (2002), nessa época ocorreram também fortes impactos aos pequenos produtores rurais que, sucessivamente, foram perdendo suas terras, reforçando a concentração des-

6. Favelas: Pito Acesso, Vila do Grilo, Vila Esperança e Caixa Econômica / Nossa Senhora da Paz.

sas terras, enquanto outros produtores foram sendo expulsos do campo, já que este, ou fora transformando em pastagens, ou submetido à produção tecnicizada de soja e trigo. Esse fato contribuiu para que, gradativamente, o trabalhador permanente fosse se transformando em temporário, avançando a proletarização do meio rural.

Nessa década ocorreu a inversão do local de residência da população londrinense, ou seja, mais habitantes passaram a residir na área urbana. A população total do município em 1960 era de 134.821 habitantes, sendo 77.382 habitantes na área urbana, o que representava 57,39% do total. O principal motivo da inversão está relacionado com políticas que objetivavam a erradicação da cultura cafeeira em um contexto em que já se iniciava seu respectivo declínio.

A partir de então, segundo Linardi (1995,p.213) a cidade acentuou seu papel de grande receptora de migrantes expulsos do campo, sendo uma das características a expansão da periferia superando o momento anterior. Nessa década há registros de mais três favelas, localizando-se uma delas na área central da cidade, sendo a ordenação de sua ocupação pela população que assim chegava na cidade, proveniente tanto da zona rural como urbana, que via em Londrina a imagem de uma cidade de progresso.

Já em 1963 foi estabelecida a lei de zoneamento⁷, que detalhava a divisão da cidade em zonas diversas, comércio local, regional, residencial individual, coletiva e zona industrial que, de acordo com Oura (2006), era bastante simplificada em relação à lei anterior.

Para atender a questão da habitação, o Governo Militar criou o BNH – Banco Nacional de Habitação e o SFH – Sistema Financeiro da Habitação. No Estado do Paraná, foi criada a COHAPAR – Companhia de Habitação do Paraná e, no âmbito dos municípios, a COHAB – Companhia de Habitação, sendo a COHAB-LD criada em 1964⁸ (BORTOLOTTI, 2007).

No final da década de 1960, tivemos a apresentação de um grande Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano – PDDU (1968). A primeira etapa do Plano, ficou conhecida como “Londrina: A situação de 66”, marcando a data de sua conclusão. Nesse documento, destacaram-se a tendência de conurbação de Londrina entre os municípios vizinhos de Cambé e a ocupação ao longo da BR-369 até a cidade de Ibiporã. O projeto de lei de zoneamento, estipulado pelo plano diretor, foi implementado em 1969, e segundo Oura (2006,p88), essa lei entrou em vigor “com a lógica do novo agente atuando no mercado, “o incorporador”, articulado com o mercado imobiliário e seguiu sua lógica de maximizar lucros”.

Observamos nesse período a apropriação, pelo mercado privado, de grande parte do subsídio para a habitação, beneficiando as classes médias em detrimento das classes de menor

7. Em 1963, surge a primeira lei de zoneamento de Londrina, denominada Lei n.º 788/63. A Lei n.º 788/63 dividiu a cidade nas seguintes zonas: Zona de Comércio Principal (ZCP); Zona de Comércio Regional (ZCR); Zona de Comércio Local (ZCL); Zona Residencial Coletiva Um (ZRC-1); Zona Residencial Coletiva Dois (ZRC-2); Zona Residencial Individual Um (ZRI-1); Zona Residencial Individual Dois (ZRI-2); Zona Industrial (ZI).

8. COHAB/LD, criada pela Lei Municipal n.º 1.008, de 26 de agosto de 1965, de acordo com as diretrizes e normas da Lei Federal n.º 4.380 de 21 de agosto de 1964.

renda, o que na análise de Maricato (1997), direcionou os programas habitacionais a criar privilégios e reproduzir as desigualdades, expressas na exclusão social e segregação socioespacial.

Dores (2005) destaca que, na década de 1970, as moradias irregulares, principalmente a favela, passaram a se constituir em um elemento de preocupação para a administração pública, dado o valor que os terrenos ocupados adquiriram no mercado imobiliário, diante do crescimento da cidade. As favelas passam a ser vistas, então, como *disfunção do sistema*, devendo assim ser “erradicadas” (IPPUL, 1996). Inicia-se a construção dos primeiros conjuntos habitacionais de Londrina pela COHAB/LD, distantes a mais de 6 km do centro da cidade. Castelnou (2002) coloca que essa ocupação da Região Norte de Londrina durou até o momento em que se compensava, espalhando-se, depois, por todo o espaço urbano. A distância em relação ao centro gerou a especulação imobiliária e a cidade ficou caracterizada nessa década pelo crescimento desordenado.

A população que chegava ao município acabou sendo, em alguns casos, levadas para os conjuntos habitacionais que foram construídos como parte do processo de desfavelização, adotado pela COHAB/LD. No entanto, essa iniciativa não foi suficiente para conter o déficit habitacional, primeiro pela exigência de comprovação de renda de três salários mínimos somada à demanda crescente dessa população excludente. O número de favelas crescera para mais de dezessete, segundo IPPUL (1996), compostas por população rural e urbana do próprio município, ou seja, havia uma migração intraurbana.

O Poder Público local buscou, simultaneamente, neutralizar os problemas decorrentes da presença de favelas para o restante da cidade e suprir as necessidades dos moradores com abertura de ruas e divisão dos lotes, implantando infraestrutura básica como água e luz, no mesmo local da ocupação e/ou em outra área, dependendo da situação de legalidade da terra. Esse processo envolve a regularização do terreno onde estão localizadas as favelas, ou a remoção das famílias que se encontram em situação de risco, para outras áreas da cidade pertencentes à COHAB/LD – os assentamentos urbanos. (IPPUL – 2001).

Quanto aos conjuntos habitacionais do município, construídos com recursos do BNH, foram todos localizados na zona norte de Londrina, como estratégia para resolver o problema da moradia, demarcada pela construção de núcleos gigantescos, compostos por grandes número de unidades habitacionais. Tal direcionamento, segundo Alves (1991), não se deu em razão da falta de áreas para edificação ou implantação de conjuntos habitacionais e loteamentos, mas uma estratégia específica em localizar os conjuntos habitacionais naquela área, bastante distante do centro da cidade⁹. Os vazios urbanos que passaram a existir

9. Antônio Belinati, em entrevista concedida a Alves em dezembro de 1989. Nas palavras do ex-prefeito: Foi escolhida a zona norte de Londrina para construir os conjuntos, primeiro porque tinha uma área boa e disponível, e o preço do terreno também era muito mais barato. [...] um projeto habitacional tem o custo do terreno, o custo da construção, soma tudo, divide para o cidadão pagarem 10,15, 20 no máximo 25 anos. [...] A zona norte era o preço mais barato [...]’ (ALVES, 1991, p. 94-95).

entre a malha urbana e a área de localização desses conjuntos passaram a ser fortemente valorizados, contribuindo ainda mais para a especulação imobiliária e interesses privados.

A primeira favela a ser urbanizada “Nossa Senhora da Paz”, localizada na região oeste, ocorreu nessa década, no ano de 1979, tendo sido construído no local, o Conjunto Paranoá com 280 unidades.

A década de 1980 foi caracterizada pelo intenso desenvolvimento londrinense, com destaque para o processo de verticalização, sendo a fase que se representou o maior número de edifícios populares construídos em Londrina. Mais uma vez se percebe a atuação do Estado como organizador do espaço, pois entraram em cena o sistema de condomínios a preço de custo. Por meio da construção de conjuntos habitacionais verticais, a COHAB/LD passa a oferecer à população mais uma modalidade de empreendimentos. Nessa mesma época, em Londrina houve outros institutos, como o INOCOOP-PR (Instituto de Orientação às Cooperativas Habitacionais do Paraná), IPE (Instituto de Previdência do Estado), CAAPSML (Caixa de Aposentadoria e Previdência da Prefeitura Municipal de Londrina) e COHABAN (Cooperativa Habitacional Bandeirantes) (CASARIL, 2008, p. 151) que viabilizaram outros empreendimentos verticais.

Cardoso (1986) destaca bem quando diz que o papel do capital imobiliário por meio das empresas de construção civil foi marcante na medida em que unia vários proprietários fundiários, diversos bancos, empresas comerciais, empresas imobiliárias com interesses em valorização fundiária e imobiliária. Segundo ele, por uma teia de inter-relações uniam-se esses atores que, auxiliados pelo Estado, transformavam efetivamente a cidade em objeto de lucro.

Embora nessa década tenha aumentado a oferta de moradias, por outro lado, destaca-se um acirramento dos conflitos sociais para uma parcela da população que não tinha acesso a uma casa dentro dessas modalidades que o poder público oferecia. Foi então criada outra modalidade, os assentamentos urbanos, caracterizados por um conjunto de moradias de pequenas dimensões construídas de material improvisado e/ou sobras de construção, seus lotes definidos pelos próprios moradores, abertura de ruas, instalação de água, energia elétrica.

Em relação às políticas habitacionais, estas não priorizaram o atendimento dos que mais necessitavam, tampouco interferiram no processo de favelização nas grandes cidades. Essa exclusão foi ignorada durante anos, e quando os sujeitos se tornaram visíveis nas ruas, nas ocupações irregulares, isso passou ser caso de polícia.

O primeiro assentamento urbano de Londrina, União da Vitória¹⁰, de acordo com Dores (2005), foi numa área adquirida pela COHAB/LD em 14 de dezembro de 1977, for-

10. O União da Vitória, localizado na porção sul de Londrina, entre a Rodovia PR-445 (que liga Londrina a Curitiba) e a estrada de acesso ao distrito de Maravilha, originado em 1985 com a vinda de “30 famílias invadindo área de cerca de 46 alqueires” (FRESCA, 2002).

mando o primeiro bairro a ser denominado assentamento urbano e servindo de local para a remoção de famílias que se encontravam em situação de risco ambiental e socioeconômico, que residiam em locais degradados e em lotes ilegais.

No ano de 1988 institui-se o Plano Diretor¹¹ de Londrina, bem como a Lei¹² de Uso e Ocupação do Solo. Como forma de garantir a aplicabilidade desses instrumentos, o município passou a ordenar a função social, empreendendo ações no combate às ocupações irregulares que ocorriam em áreas de preservação permanente e fundos de vales. Ainda, em fins da década de 1990 e início da década de 2000, quando a expansão da malha urbana demandou, inclusive, a criação da Zona de Expansão Urbana, constante no Plano Diretor de 1988, a cidade teve seus limites alargados, sobretudo na área sudoeste, como uma resultante da valorização diferencial da terra urbana por conta da construção do *Shopping Catuaí*, seguida pela construção de vários loteamentos de condomínios fechados. Interessante demarcar aqui que nessa região não há nenhum conjunto habitacional, e sim vários condomínios fechados que surgiram após a criação da zona de expansão.

No ano de 1993, foi editada a lei¹³ criando o Conselho Municipal da Habitação e o Fundo Municipal de Habitação de Londrina, com objetivo de propiciar o apoio e o suporte financeiro para programas habitacionais voltados ao segmento da população que se enquadrava na faixa de zero a três salários mínimos. Esses instrumentos, não tiveram êxito, e o Fundo Municipal de Habitação foi extinto em 1997¹⁴.

Bonduki (2008) explica que, ao invés de uma transformação pela redemocratização, ocorreu um esvaziamento, razão pela qual deixa de existir verdadeiramente uma política habitacional, que resultou na extinção do BNH até a criação do Ministério das Cidades, em 2003, ficou subordinada a sete ministérios do governo e às suas respectivas estruturas administrativa, caracterizando total descontinuidade e falta de estratégias para enfrentar o problema. O autor analisa (Bonduki, 2008, p. 86) que o estoque de domicílios vagos no país (para o ano 2000) seria o suficiente para sanar 83% do déficit nacional de unidades urbanas, uma vez que em algumas áreas metropolitanas o número de domicílios chega a ultrapassar o déficit habitacional. Em Londrina, para os mais de 144.091 domicílios existentes na área urbana no ano de 2000, foram identificados 19.629 domicílios não ocupados. Destes, 4.247 de uso ocasional, 1.240 fechados, e 14.142 vagos (IPARDES, 2009, p. 8).

Percebemos que as experiências no campo habitacional ocorridas no município neste período estão diretamente vinculadas à execução das políticas de intervenção em assenta-

11. Lei nº 7482 de 20 de julho de 1998 – Plano Diretor de Londrina

12. Lei 7.485, de 20 de julho de 1998 - Dispõe sobre o Uso e a Ocupação do Solo na Zona Urbana e de Expansão Urbana de Londrina, e dá outras providências.

13. Lei municipal 5.526 de 06 de setembro de 1993.

14. Lei municipal 7.153 de 15 de setembro de 1997 tornou extinto o Fundo Municipal de Habitação na administração do então prefeito Sr. Antônio Casemiro Belinati, na sua terceira gestão (1997-2000).

mentos precários, a partir do reconhecimento, por parte da administração municipal, das favelas como resultado da falta de alternativas habitacionais para a população de baixa renda.

O ano de 2000 marca o fim de um governo local populista e o município inicia uma nova fase na implementação de mecanismos e de conhecimento de suas demandas habitacionais, já que 97% da sua população residia na área urbana. Como parte das ações previstas no desenvolvimento do Plano Estratégico Municipal de Assentamentos Subnormais (PEMAS), documento parte do Subprograma de Desenvolvimento Institucional (DI), foi realizado pelo poder público local, em 2001, um levantamento da real situação das áreas subnormais urbanas, representadas pelas favelas, assentamentos e ocupações irregulares do município.

O levantamento identificou 57 núcleos subnormais e mais dois que estavam situados no município de Cambé, em áreas conurbadas com Londrina. As ocupações informais foram identificadas como núcleos de favelas, intervenções da COHAB-LD com assentamentos e ocupações irregulares de áreas inadequadas e de preservação ambiental. Nessa perspectiva, identificando as reais necessidades, destacando aqui as ocupações irregulares que cresciam no município, no ano de 2002, o poder público local estabeleceu uma parceria com o governo federal por meio do Programa Habitar Brasil BID, elaborando projetos integrados e implementando ações para essa população.

Foi também nesse ano de 2002 que o município viabilizou o Programa de Arrendamento Residencial – PAR¹⁵. Tradicionalmente no Brasil, a questão habitacional é conduzida pela concepção de aquisição da casa própria, esse programa traz como proposta o conceito de arrendamento como solução para o acesso à moradia. O PAR foi operacionalizado pela Caixa Econômica Federal e sua gestão coube ao Ministério das Cidades. O programa atendia exclusivamente às necessidades de moradia da população, que se enquadrava na renda familiar entre três a seis salários mínimos, que não possuía nenhum imóvel em seu nome e que tivesse o cadastro financeiro aprovado pela CEF. Em Londrina, desde a criação do programa, foram executados 17 empreendimentos: cinco deles entregaram casas na modalidade horizontal, e por 12, na modalidade vertical, ou seja, apartamentos que totalizam de 2.284 unidades habitacionais construídas.

Além desses, programas Habitar Brasil BID e PAR, o município implementou outros por meio de financiamentos via Caixa Econômica Federal e três com recursos próprios, sendo esses empreendimentos com um número pequeno de unidades.

No ano de 2006 realiza-se a primeira Conferência Municipal de Habitação tendo

15. O PAR foi criado em 1999 para atender à necessidade de moradia mediante contrato de arrendamento residencial com opção de compra ao fim do período e institucionalizado em 2001, através da Lei nº 10.188, enquanto programa de moradia direcionada para a população de baixa renda dos grandes centros urbanos, a fim de garantir a acessibilidade ao direito à casa própria. Conta com sistema de financiamento de 15 anos no formato leasing, com possibilidade de compra ao final do período. Em caso de desistência, as regras funcionam como no aluguel convencional: a pessoa desocupa o imóvel e não lhe são ressarcidos valores pagos. Durante o período de arrendamento, os imóveis não podem ser vendidos ou sublocados.

como resultado três documentos: a Política Municipal de Habitação, a minuta do projeto de criação do Conselho Municipal de Habitação¹⁶ e instituição do Fundo Municipal de Habitação de Interesse Social. Nessa conferência foi deliberado pela integração da Política Habitacional e a Política Urbana; Gestão Municipal da Política de Habitação – COHAB/LD; Gestão Participativa com foco no Conselho e FMH.

Em 2007 o número de assentamentos precários de Londrina aumentou de 57 para 69, e dois ainda estavam em áreas conurbadas entre Londrina e Cambé, o que totalizava 71. Desses 69 assentamentos, 31 estavam em áreas públicas, sendo estas institucionais e fundos de vale.

Os investimentos em empreendimentos continuaram, porém com menos intensidade, pois o governo federal estabelecia adesão aos municípios que desejavam implementar seus programas, e, diante do quadro das ocupações que se alastravam em Londrina a cada ano, o município buscou no governo federal as adequações em face do processo de adequação às exigências do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social. O município, então, deveria elaborar seus projetos, através dos programas e ações que eram referências e segundo perfil específico da população a ser atendida.

Foi então que a COHAB-LD viabilizou os Programas Habitacionais, executados por meio do Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social (FNHIS) 2008 e 2009, Programa de Gestão da Política de Desenvolvimento (PGPD), Saldos Residuais de Contratos de Programas HBB (SRCPHBB), todos esses para atendimento a famílias com renda de zero a R\$ 1.395,00.

Em 2009, realiza-se a II Conferência Municipal de Habitação, com o tema Moradia Digna e Legal. As discussões recaíram sobre a regularização fundiária e legislação urbanista adequada à realidade do município. O Conselho, de fato, passou a sua efetiva atuação após essa conferência, tomando posse os conselheiros e dando início à difícil tarefa de compreender a dura realidade da cidade ilegal buscando soluções para essa demanda.

Assim, nesse ano (2009), o município buscou, por meio da elaboração de projetos, viabilizar o Programa Minha Casa Minha Vida, construídos por pequenas construtoras privadas que apresentavam a proposta diretamente à Caixa Econômica Federal. Em 2009 e 2010, segundo o PLHIS (2011), o volume de financiamentos liberados, particularmente nas faixas de renda superiores do PMCMV, foi bastante significativo, bem como a distribuição no território, muito embora ainda privilegie a zona norte. Foram construídos por intermédio do PMCMV sete empreendimentos, totalizando 3.560 unidades habitacionais tipo horizontal e vertical, nas regiões Noroeste, Sul e o número maior de unidades na região Norte. Foi onde iniciou-se a construção de um dos maiores empreendimentos do PMCMV, viabilizado em Londrina, sendo considerado o maior canteiro de obras do país – Residencial Vista Bela.

16. Em julho de 2008, o projeto de lei 110/2007, que instituiu o Conselho Municipal de Habitação, foi submetido à Câmara de Vereadores, sendo aprovado e convertido na lei 10.278 de julho de 2007. Modificada por quatro emendas do Legislativo, a referida lei foi atualizada pela lei 10.313 de dezembro de 2008.

Rolnik e Nakano (2009), afirmam que o modo de produção de moradias populares para além dos limites da cidade tem consequências graves que acabam prejudicando a todos, pois encarece a extensão das infraestruturas urbanas, alcançando locais cada vez mais distantes. O afastamento dos locais de trabalho, os equipamentos urbanos, enfim, as moradias aprofundam as segregações socioespaciais e encarecem os custos da mobilidade urbana.

RESIDENCIAL VISTA BELA - DO SONHO AO PESADELO DE VILMA.

Vilma¹⁷ sempre residiu na zona leste, região onde nasceu, cresceu e conheceu seu atual companheiro. Pagavam aluguel para morar no fundo de uma casa e estavam na lista de espera por uma moradia própria quando, em 2010, foram convocados pela COHAB/LD para participar do processo de seleção das famílias contempladas por uma unidade habitacional do Programa Minha Casa Minha Vida. Eles não desejavam sair do território da zona leste, mas, sem outra opção, decidiram se mudar para o novo bairro.

Quando se recebe uma notícia dessa, há uma enorme alegria em saber que pode estar próximo um sonho e uma necessidade que se alimenta de possuir uma casa e não mais ter de depender de ninguém e muito menos do aluguel. Mas, ao mesmo tempo se torna um pesadelo, pois mudar de local, deixar de viver onde você está acostumado deixa de ser um sonho.
(VILMA, 2015)

O território para Haesbaert (1997) envolve, ao mesmo tempo, a dimensão simbólica, cultural, por meio de uma identidade territorial atribuída pelos grupos sociais como forma de controle simbólico sobre o espaço onde vivem, apropriação, dominação, ou seja, a coordenação do espaço como forma de disciplinarização dos indivíduos. Esses sujeitos são culpabilizados como “nômades”; os que não conseguem estabelecer vínculos; os que vendem a casa por qualquer valor. A sociabilidade, o que o sujeito deixou para trás, sua história, suas vivências, recordações, tudo não tem importância, pois afinal ele está sendo levado para o novo bairro, a nova casa, que sempre vai ser o melhor, segundo os gestores desses programas.

Vilma demonstra esse desejo de residir no local, na região, ou seja, no território que faz parte de sua vida, mesmo porque o território é relacional, e o que dá sentido e significado, porque é vinculado à vida cotidiana.

17. Nome fictício para identificação do sujeito da pesquisa de campo.

Eles deviam colocar a pessoa na região em que mora. Tipo, me pegaram na região leste, onde sempre morei e me jogaram na região norte. Eu não conhecia nada. (VILMA, 2015)

Essa fala demonstra a não conformação com a situação apresentada, isso porque não lhe foram dadas opções, pois, como ela nos informou, a instituição afirmou ou era aquela ou voltava para fila de inscritos. No momento de negociação, durante o qual poderia expressar seu desejo, sua vontade de permanência na mesma região, não lhe foi oferecida essa possibilidade, nem de manifestação, mas sim, foi exercida a autoridade por intermédio do poder e da imposição.

Percebemos o território predominantemente na sua dimensão política, cujo epicentro é o poder, ou seja, a hegemonia e soberania se revelam na figura do Estado em sua forma plena, pois o Estado constrói e destrói o que o sujeito leva anos para construir. Demarcamos aqui a retirada dessas famílias de seu lugar de origem, colocando-as em um lugar de conflito, de não pertencimento, ou seja, essas pessoas estão desterritorializadas e levarão anos para que esse novo bairro seja um território no qual elas se reconheçam.

Vilma relata o momento em que aceitou a proposta e resolveu se mudar para o novo bairro, a nova casa. Logo ao chegar, deparou-se com um dos primeiros problemas, que era o tamanho da casa.

[...] não cabia um sofá dentro da casa. Ou você decidia, colocava o sofá ou a mesa. Eu tinha um armário e não coube lá. No quarto dos meninos só cabia um beliche e um armário pequeno. Eu dei os meus móveis. Imagine agora eu com seis filhos como eu ia fazer. Não dá. (VILMA, 2015)

Quando são planejados esses empreendimentos, não se leva em consideração o perfil familiar, a de um custo adequado ao público que se irá atender e sim a lógica perversa do mercado. Os agentes imobiliários, entre eles o Estado, se preocupam em aumentar o número de unidades e atender ao maior número de famílias. Esses empreendimentos carregam o estigma do igual, todos do mesmo tamanho, geralmente geminados, pintados da mesma cor, sem qualquer preocupação com a identidade das pessoas ou com o tamanho de sua família.

As pessoas foram encurraladas, saíram obrigadas, saíram chorando e foram para um lugar horroroso e as famílias tinham que dar ou colocar fogo nos móveis, pois era fogão na cozinha com colchão, para dormir meninos e meninas, pois a casa só tinha um quarto. (VILMA 2015)

E os processos contínuos de desdobramentos impõem na vida desses sujeitos que

vivem como podem, principalmente para superar os problemas recorrentes da vida cotidiana. E é no locus dos territórios, nas franjas da cidade, que a ausência estatal é maximizada, sentida e vivenciada pelos sujeitos; a proteção social não chega, ou quando chega é enviesada.

Chegando lá eu vi: não tinha nada, nem posto, nem escola, nem creche. Meu marido precisava trabalhar, eu tinha que ficar sozinha com as crianças, não tinha nenhum mercado perto. Elas começaram a faltar a aula, em creche, comecei a entrar em depressão. Falei não vou ficar aqui, eu vou embora. (VILMA, 2015)

Aqui assistimos a uma cidade em pedaços, disforme, confusa, a fragmentação completa das políticas públicas que deveriam ser integradas, que deveriam chegar em todos os lugares; ao contrário, essa articulação passou a ser de reponsabilidade do sujeito. A integridade das políticas é falada, mas não vivida, basta olharmos para essa situação a que foram submetidas essas famílias.

A vida passa a ser ordenada pelo mercado, essa perspectiva dialoga com a perspectiva neoliberal, as relações sociais, as dimensões simbólicas, tramas estão em segundo plano quando pensamos em políticas públicas. Nesse relato, a estratégia adotada pela iniciativa pública/privada no caso que deu origem a toda essa situação, que é a habitação sem estar articulada com as outras políticas, educação, saúde, provocou nessa família marcas maiores dos que as que anteriormente estavam submetidas.

Meu marido chegava do trabalho e eu só chorava, deixei a casa, larguei, voltei para onde eu morava. Sabe, aqui meus filhos têm creche, escola, eu tinha um bebê recém-nascido, e mais dois um de sete e outro de cinco. (VILMA 2015)

As cidades, os bairros, são frutos das contradições, marcas do capitalismo, da presentificação do tempo, tempo real, presente, associação da vida prática, força grande de valorização do presente, não interessando o passado e muito menos o futuro. Não tem informação, não tem igualdade, não tem memória. As decisões de hoje afetam as gerações futuras. Algumas famílias que voltaram para seus locais de origem romperam com esse silêncio, com esse discurso ideológico de que sabem o que é melhor para as pessoas, pois as condições e a localização das moradias são fatores determinantes para que o sujeito se fixe e se reconheça como cidadão.

A luta dessas pessoas é pelo direito de morar dignamente, é pelo direito à cidade, ao território urbanizado.

Já fizeram a casa errada. Onde já se viu a casa lá era pra fazer uma casa só no quintal pra cada família, eles fizeram uma casa só e dividiram no meio. Eu saía de dentro da minha casa, dava de cara com meu vizinho, porta a porta. Eu não tinha condição de fazer muro. (VILMA, 2015)

A forma de expansão urbana ocorre conforme os interesses do setor econômico imobiliário dominante, que acaba por segregar a população, sobrando como alternativas locais distantes, as periferias, sem infraestrutura, serviços públicos. Vemos aqui a replicação dos projetos habitacionais homogêneos, sem levar em conta as necessidades, as diferenças.

Mesmo o regulamento do Programa Minha Casa Minha Vida trazendo restrições quanto ao número de unidades habitacionais, visando evitar a tendência de grandes aglomerações, os idealizadores do Vista Bela usaram a estratégia, formando um consórcio e dividindo a gleba para contornar essa restrição. Assim, o empreendimento ultrapassou o limite de 500 unidades, obtendo um máximo de aproveitamento das áreas, reduzindo custos e, conseqüentemente, obtendo maior lucro, a partir da standardização da produção, como destaca Cardoso e Aragão.

Concordamos com Ermínia Maricato (2011, p. 22) que diz que o PMCMV dialoga fortemente com o setor empresarial do mercado residencial, carreando recursos financeiros inéditos e subsídios orçamentários, mas deixando intocada a base fundiária. Sendo assim, o programa contribui para repetir erros e falhas verificados durante o período de vigência do BNH.

Na compreensão e na crítica de Vilma em relação à produção de moradias no município, ela afirma que o gestor deveria pensar no empreendimento na região onde estão as famílias, e isso porque ela não detém a informação das orientações no SNHIS, que é atender as famílias próximas dos locais onde vivem.

Penso que deveriam ter construído a casa na região em que a gente mora. Que nem agora dizem que vão construir casa nessa região. Como eu tenho o nome na casa do Vista Bela eu não vou pegar, mas devia colocar a pessoa na região que mora. Tipo, me pegaram na região leste onde sempre morei e me jogaram na região norte. Eu sem conhecer nada. Fui vivida e criada aqui na região leste e como eles tiram a pessoa desse jeito e jogam. (VILMA, 2015)

Quando o Estado define, por meio de seus programas habitacionais, o espaço que será ocupado por esses conjuntos e seleciona quem irá neles habitar, de certa forma está disciplinando, engessando, direcionando, obscurecendo a vida desses sujeitos, decidindo onde e como morar. E como resultado dessas ações, esses sujeitos não se percebem nesse novo bairro, não se acostumam e voltam para seus locais de origem, mesmo que as condições de sobrevivência desses sejam precárias. Questões como essas, que envolvem o coti-

diano de muitos sujeitos, na maioria das vezes, não são consideradas pelos gestores.

Esse empreendimento Vista Bela do PMCMV, está localizado na região norte do município, sendo um dos primeiros desse programa e o maior em número de unidades habitacionais e que, em cinco anos, acumula problemas e denúncias de toda natureza, como padrão construtivo, terrenos pequenos, casas geminadas, comercialização, violência no bairro, falta de infraestrutura, dentre outros.

As famílias que compõem o empreendimento são provenientes de todas as regiões da cidade, sendo esta uma dificuldade apontada e que tem gerado a dificuldade de fixação das pessoas nesse local, como ocorreu com nossa entrevistada. O tempo de permanência no imóvel, para família de Vilma, foi de apenas dois meses, retornando para seu território de origem, a Região Leste.

A mesma atitude que eu tive várias pessoas também tiveram, não fui eu só. Na minha rua cinco famílias saíram da casa porque não aguentaram viver daquele modo, o jeito como eles fizeram. (VILMA, 2015)

A partir dessa fala, identificamos outras famílias que abandonaram suas casas no Vista Bela e em outros empreendimentos do PMCMV em Londrina, voltando aos locais de sua origem. Para as pessoas, esses territórios são o sentido que o lugar traz, as vivências, trocas e interações, a luta, a conquista de sobrevivência cotidiana.

Para Maricato (2011, p. 23), os mais pobres continuam a ocupar conjuntos habitacionais situados fora da cidade, acarretando mais problemas do que soluções para o mercado de terras, para o transporte urbano, para o isolamento social dessas famílias, acarretando o desenvolvimento de patologias, como demonstramos nessa entrevista:

Eu comecei a entrar em depressão. Que ia fazer, não ia ficar naquele fim de mundo sem nada lá. Não gosto nem de lembrar o que passei, só chorava. As pessoas não podem olhar pra cara das pessoas, aí eu não saía de casa, tinha medo, fui ficando doente, depressiva. Eu senti muito medo, uma forma de me proteger e proteger as minhas criança foi ficando dentro de casa. Eu falei, não fico mais aqui, não ficaria mais de jeito nenhum, não posso nem lembrar do que passei. Eles acham porque a gente precisa, eles humilham a gente. Eu senti assim, pobre não tem direito, né? (VILMA, 2015)

Quando o Estado racionaliza espaços, como na construção de um novo conjunto habitacional, no caso o Vista Bela, de forma completamente alheia à realidade das pessoas que vão ali morar, determinando como o espaço vai ser conformado, é isso mais uma forma de coerção. Quando o processo de construção ocorre alheio à realidade ali presente, tudo

é alterado, criando um novo ambiente, deixa de ser um habitar para ser apenas o *habitat*¹⁸.

Nesses processos de subjetivação, noção de sujeito, ou seja, os processos de construção desses sujeitos, que podem ser sujeitos assujeitados, ação de poder de destruição; ou sujeitos produtores de novas realidades, a partir de intervenções pensadas, discutidas, reterriorizadas, levando em conta as necessidades, os pactos, os acordos, as experiências, enfim, processos que levam em conta a participação. Quando há participação produz sentido, mas o que vemos é a máquina da produção de enunciados, discursos que vão produzindo os sentidos, como vimos no PLHIS e nas entrevistas, a mercantilização da terra, e o PMCMV vai a favor e reforça a lógica de escantimento do poder público via mercado.

Vilma retornou à antiga situação de moradia, paga aluguel, mas ainda assim, apesar de todas as dificuldades, segundo ela, o território, com qual se identifica, traz uma rede de relacionamentos com pessoas, com os serviços públicos que utiliza.

A segurança é um item importante para Vilma, a proteção de seus filhos. Isso envolve a habitação, bem como as pessoas se reconhecem em determinadas regiões, a ponto de afirmar consciente de que abandonou a casa do Vista Bela – *eu não me arrependo de ter saído de lá e pra lá eu não volto*.

Sempre reafirma que, para sua situação atual, depois da desistência da casa própria, não será mais ouvida, pois pobre não tem direito. A efetivação da conquista de direitos distancia-se da realidade dos sujeitos. Os direitos como valores e regras de convivência não são construídos dentro da cotidianidade dos sujeitos. A realidade poderia ser alterada se os direitos fizessem parte da prática social: direito ao trabalho, à instrução, à educação, à saúde, à habitação, aos lazeres, à vida. Entre esses direitos em formação, figura o direito à cidade. Segundo Lefebvre (2001), não à cidade arcaica, mas à vida urbana, à centralidade renovada, aos locais de encontro e de trocas, aos ritmos de vida e empregos do tempo que permitem o uso pleno e inteiro desses momentos e locais.

Informada de que perderia a casa, agiu exatamente como lhe sugeriram. O imóvel foi repassado para um parente que assumiu as despesas mensais com a prestação e que futuramente trará uma disputa judicial, pois está no nome de Vilma, mas quem está arcando com os compromissos e residindo na casa é sua cunhada. Vilma nos informou que, quando for quitado o imóvel, pensa em regularizar essa situação.

Parece que estamos assistindo a velhas práticas, sempre olhando a moradia como um bem de mercado e não como a função social que ela deveria cumprir. Quem já está penalizada é Vilma, que não terá acesso mais a uma moradia porque descumpriu um acordo

18. A teoria que se poderia legitimamente chamar de “urbanismo”, que se reuniria às significações da velha prática chamada “habitar”, que acrescentaria a esses fatos parciais uma teoria geral dos tempos-espacos urbanos, que indicaria uma nova prática decorrente dessa elaboração, este urbanismo existe virtualmente. (LEFEBVRE, 2001, p. 111)

que fez com as instituições que a representam. Esta relação de provisoriedade com a moradia irá persistir se não houver, por parte dos gestores, um olhar atento a esses sujeitos que não têm voz e se silenciam, pois a moradia é muito mais que uma casa, faz parte do sonho de grande parte da população brasileira, e este vem acompanhado de escolhas, de sentimento de pertencimento a um grupo específico em lugares onde se almeja ter um contínuo e forte vínculo social. Para Vilma, a localização do Vista Bela não atendeu às suas reais necessidades, e a evasão desse local é demonstrada nas denúncias feitas à Caixa Econômica.

Esses sujeitos que foram alocados no Vista Bela foram desterritorializados, pois foram tirados de seu local original, pelo Estado, que exerce o seu poder, visando ao controle e à dominação sobre os homens e as coisas.

Por isso vivemos num sistema contraditório, desigual, de negação, de afirmação. Com todas as dificuldades que aponta, a entrevistada o local que lhe traz segurança, proteção, pertencimento. Essa sensação de pertencimento significa se sentir pertencente a tal lugar, ao mesmo tempo, sentir que esse lugar lhe pertence, por isso se territorializar ultrapassa a garantia de ter um lugar para morar, vai além de sua representação. O pertencimento do sujeito ao local, associado à carência de proteção, concede à moradia um direito fundamental que assegure o alcance de uma vida digna. Rodrigues (2003) afirma que morar não é fracionável, não se pode morar num dia e no outro não, numa semana e na outra não; enfim, viver é ocupar um lugar que o sujeito se reconheça e que faça parte de sua vida.

CONCLUSÃO

A função original da moradia deve ser a de proporcionar proteção, segurança, privacidade e como um direito fundamental, deve ser construída em local adequado, com qualidade e com todos os elementos que fazem parte da vida cotidiana do sujeito.

Mas não foi isto que se constatou neste estudo.

Em Londrina, os resultados desta investigação demonstraram que a política habitacional de interesse social operacionalizada no município, ainda diverge das reais necessidades dos cidadãos, trazendo conflitos entre as partes envolvidas no processo.

Concluimos que em Londrina, desde a sua formação até os dias atuais, os empreendimentos habitacionais executados e direcionados a população desprovida da moradia, foram marcados pela longa distância do centro da cidade e da extensão dos grandes vazios urbanos, portanto dentro da lógica da especulação imobiliária e da segregação socioespacial.

Identificamos que a expansão da área urbana de Londrina desde a década de 1950,

foi vinculada à construção dos vários conjuntos habitacionais populares localizados na região norte da cidade, implementados pelo BNH, após o ano de 1975 e mais recentemente pelo PMCMV, reproduzindo o mesmo modelo.

A vida de Vilma retrata a realidade do cotidiano de milhares de brasileiros, em relação aos programas de habitação, que desconsideram o caráter social da moradia, mantendo relação direta com o mercado e a especulação imobiliária.

A decisão de Vilma, ao abandonar a tão sonhada casa própria demonstra que a moradia deve envolver o direito à cidade e, portanto, ultrapassar o mundo privado e se relacionar aos serviços e equipamentos urbanos, na busca de ampliação de cidadania. A partir de problemas apontados na narrativa - a inadequação da casa, a localização, a falta de equipamentos sociais e públicos, percebe-se que o sujeito coloca em questão o direito a moradia e a legitimidade de uma política pública, dando visibilidade à submissão do Estado à exploração imobiliária.

Os sentidos atribuídos à moradia não se resume no valor que assume para suas vidas pessoais e projetos particulares de condições materiais de existência. A moradia para o sujeito significa mais que isso porque traz um sentido social, cultural e político, que se identifica no território de pertencimento.

Considerando essas vivências e as questões apontadas neste artigo, podemos concluir que as políticas públicas através da implementação dos programas habitacionais não têm garantido o direito pleno à moradia no município de Londrina e que tais políticas, que deveriam instituir o direito à moradia ao cidadão, estariam na contramão desse processo pois desconsideram os aspectos culturais e identitários que permeiam o território urbano e a participação dos cidadãos enquanto sujeitos desse processo em construção.

Percebemos na história de Vilma que, apesar de terem sido contempladas com uma unidade habitacional do PMCMV, não permaneceram morando no empreendimento. Essa história e tantas outras, trazem indicativos para se planejar e repensar a política pública de habitação de interesse social. A moradia será mais adequada quando passar a respeitar a diversidade cultural e identitária dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. **Dinâmica espacial de produção e reprodução da força de trabalho em Londrina – os conjuntos habitacionais**. 1991. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Departamento de Geografia da FFLCH, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991
- ALVES, J. M. **Assistência Social aos pobres em Londrina: 1940 – 1980**. Londrina: EDUEL, 2013.
- BONDUKI, Nabil. **Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula**. In: Arq.urb – Revista eletrônica de arquitetura e urbanismo. N°1. 2008. Disponível em: <http://www.usjt.br/arq.urb/numero_01/artigo_05_180908.pdf>. Acesso em: 15 nov 2014
- BORTOLOTTI, J. B. **Planejar é preciso: memórias do planejamento urbano de Londrina**. 1. ed. Londrina: Midiograf, 2007. 204 p.
- CANDOTTI, Eliane Aparecida. **Memórias da cidade: Londrina 1930/1960**. 1997. Monografia(Especialização em História) Departamento de História da Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina
- CARDOSO, E. D. **O Capital Imobiliário e a Expansão da Malha Urbana do Rio de Janeiro: Copacabana e Grajaú**. Dissertação de mestrado. IGEO/UFRJ, 1986.
- CASARIL, Carlos Cassemiro. **Meio século de verticalização urbana em Londrina – PR e sua distribuição espacial: 1950 – 2000**. 2008. 266f. Dissertação (Mestrado em Geografia, Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.
- CASTELNOU, A. **Arquitetura londrinense: expressões de intenção pioneira**. Londrina: A. Castelnou, 2002
- COHAB/LD. Companhia de Habitação de Londrina. **PEMAS – Plano Estratégico Municipal para Assentamentos Subnormais**. Londrina: COHAB-LD, 2002.
- DORES, Júlia Luciana Pereira das. **Exclusão Social, Políticas Públicas e Representações Sociais: um olhar sobre o Assentamento Urbano Jardim Maracanã**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2005
- FELDMAN S. **Planejamento e zoneamento – São Paulo 1947-1972**. São Paulo : FAPESP, Edusp, 2005.
- FRESCA, T. M.; OLIVEIRA, E. L. **A produção do espaço urbano de Londrina: 1970 – 2000**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina – Centro de Ciências Exatas – Departamento de Geociências. Relatório de Pesquisa, 2005
- FRESCA, Tânia Maria. **Transformações da rede urbana do Norte do Paraná: estudo comparativo de três centros**. 2000. Tese (Doutorado em Geografia) – Departamento de Geografia da FFLCH, Universidade de São Paulo, 2000

HAESBAERT, Rogério. **Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no nordeste**. Niterói: EDUFF, 1997. p.11-44.

IPARDES. **Assentamentos precários urbanos: espaços da Região Metropolitana de Curitiba**: relatório II. / Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. – Curitiba: IPARDES, 2009

LEFEBVRE, Henri. **A Re-produção das relações de produção**. (tradução da 1ª parte de *La survie du capitalisme*). Porto, Edições Escorpião, 1973.

LINARDI, C. **Pioneirismo e modernidade: a urbanização em Londrina** – PR. Tese de Doutorado em Geografia – USP São Paulo: 1995.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Londrina – IPPUL. **Habitação de baixa renda no âmbito municipal: habitação e políticas públicas em cidades médias – o caso de Londrina**. Londrina, 1996.

MARICATO, Ermínia. **Enfrentando desafios: a política desenvolvida pela Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano da Prefeitura de São Paulo 1989/1992**. Tese (Livre docência), Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

_____. As ideias fora do lugar e o lugar fora das ideias: Planejamento urbano no Brasil. In: ARANTES, O; VAINER, C.; MARICATO, E. A. **A cidade do pensamento único**. Petrópolis, Vozes, 2009.

_____. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Programa Minha Casa, Minha Vida (MCMV) e o Plano Diretor Participativo: uma agenda para as cidades no início do século XXI? In: **9º Congresso Nacional de Sindicatos de Engenheiros**, 2011. Porto Velho, RO.

MARTINS, V. H. T. **Habitação, infraestrutura e serviços públicos: conjuntos habitacionais e suas temporalidades em Londrina** – PR. 2007. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Geociências, Universidade Estadual de Londrina, Londrina - PR, 2007.

MULLER, N. L. **Contribuição ao estudo do norte do Paraná**. Boletim Paulista de Geografia, São Paulo, 1956.

OURA, K.Y. **Verticalização em Londrina – Paraná (1950-2005): A produção do espaço urbano e seu desenvolvimento pelos edifícios verticais**. In: **Oficina Verticalização das cidades brasileiras**. CD-ROM, São Paulo, 2006

PRANDINI, N. Aspectos da geografia urbana de Londrina. **Anais da Associação dos Geógrafos Brasileiros**. São Paulo, v. 6, 1951-1952.

RAQUEL, Rolnik; NAKANO, A. K. . Direito à moradia ou salvação do setor? **Folha de São Paulo**, São Paulo, p. A3 - A3, 14 mar. 2009.

SANCHS, C. São Paulo: **Políticas Públicas e Habitação Popular**. São Paulo Edusp, 1999.

A interface da política de habitação com a política de assistência social no Brasil

Maria de Lourdes Soares¹

RESUMO

As cidades como expressão de um modelo de desenvolvimento e de uma política que prioriza os interesses da classe dominante, em detrimento dos segmentos mais pobres, denotam a compreensão do Estado brasileiro. Este como principal agente de produção do espaço urbano espraiando e dispersando a população, particularmente pobre: trabalhadores subempregados ou desempregados que se instalaram em moradias precárias. Estas, formam os agrupamentos desprovidos de infra-estruturas e de serviços básicos de saúde e de lazer e distantes dos postos de trabalho. Aglomerados conhecidos como: cortiços, palafitas, favelas e, mais recentemente, aglomerados periféricos ou conjuntos habitacionais. Pois, o Estado atuando timidamente no combate as desigualdades e, conseqüentemente, na proteção social agutizar o problema habitacional. Problemática resultante de múltiplos fatores econômicos, sociais e culturais que levaram indivíduos e famílias a situações de vulnerabilidade, de riscos sociais e de exclusões. Problemas que exigem intervenções estruturais e articuladas, particularmente políticas públicas. Desse modo, a partir de pesquisa bibliográfica e documental trabalharemos a Interface da Política de Habitação com a Política de Assistência como possibilidade de efetivação de garantia de direitos de cidadania, dos direitos sociais fundamentais. Considerando que, a Constituição Brasileira de 1988 apontou a Política de Habitação e de Assistência como possibilidades de garantia de direitos de cidadania, de alcance dos mínimos sociais, de acesso a renda mínima compatível com o atendimento das necessidades básicas, através da oferta de serviços, programas e processos que assegurem segurança e sentido de pertencimento social a todos os cidadãos. Para tanto as diretivas constitucionais indicaram o alargamento da assistência social com interface das políticas sociais setoriais para atuarem contra subemprego, desemprego, déficit habitacional, criminalidade, desigualdades, riscos e

1. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001) Pós-Doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC, SP, 2016). Coordenadora do Laboratório de Estudos e Práticas Sociais (LEPS/DSS/UFPB), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB).

exclusão. Na a garantia dos direitos sociais fundamentais, a interlocução das políticas públicas de assistência social e de habitação social com as demais políticas sociais constitui possibilidade de melhoria das condições de vida dos *Cidadãos*, além da concretização da igualdade social e do direito à qualidade de vida, implicando na satisfação das necessidades básicas, com bem morar e viver com segurança, itens indispensáveis à garantia da moradia digna.

PALAVRAS CHAVES: Políticas, direitos, habitação, assistência, proteção.

ABSTRACT

Cities as an expression of a development model and of a policy that prioritizes the ruling class's interests over the poorer segments, denote the understanding of the Brazilian State as the leading agent in the production of urban space, by spreading and scattering population, particularly the poor one: underemployed or unemployed workers who have established in poor houses, thus forming settlements deprived of infrastructure and primary health services, as well as leisure, and far away from workplaces. Settlements known as: tenement houses, stilthouses, slums, and more recently, suburban settlements or housing projects, as the State, timidly acting in fighting inequalities and, consequently, in social protection, turns more acute the housing issue. Issues that result from multiple economic, social and cultural factors, which have led individuals and families to vulnerable situations, as well as social risks and exclusions. Problems that demand structured and articulated interventions, particularly public policies. This way, starting from both bibliographical and documental research, we will work with the interface of housing policies and social welfare policies, as a possibility of guarantee effectiveness of citizen's rights, of basic social rights. The 1988 Brazilian Constitution pointed at the housing and social welfare policies as possibilities of citizen's rights guarantee, of social minimum parameters, with access to minimum earnings compatible to the meeting of basic needs, by means of service providing, programs and processes that assure safety, as well as social belonging sense to everyone. With this view, constitutional policies have indicated the widening of social assistance with interface of social policies of the sector to act against underemployment, unemployment, housing deficit, criminality, inequalities, risks and exclusions. We believe that for the guarantee of basic social rights, the dialogue between public social policies and housing policies and other social policies, constitutes a possibility of improvement of the citizens' living conditions, besides the concretion of social equality and of the right to life equality thus implying in the meeting of basic needs of well living with safety, crucial to the guarantee to decent housing.

KEYWORDS: Policies, rights, housing, assistance and protection.

INTRODUÇÃO

O tema do direito à moradia compondo os direitos sociais fundamentais foi consagrado na passagem do Estado Liberal, marcado “pela expressão francesa *laissez-faire, laissez-passer*, para o Estado de Bem-estar social, também conhecido como *Welfarestate*. Quando o processo de industrialização, com graves problemas sociais e econômicos, instigou os movimentos sociais a lutarem reivindicando reconhecimento de direitos e realização da justiça social, inaugurando um modelo de Estado mediador entre o desenvolvimento econômico e do bem-estar, o Estado Social. Apoiados em instrumentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, especificamente no artigo XXV que garantia a pessoa e a família saúde e bem-estar, destacando à moradia como um direito humano.

Organismos internacionais e as legislações brasileiras apontavam para as possibilidades de melhoria das condições de vida dos cidadãos visando à concretização da igualdade social e do direito a qualidade de vida implicando na satisfação das necessidades básicas do bem morar e viver com segurança e acolhimento” (GONÇALVES, 2004). No Brasil, a Constituição de 1988 incorporou os fundamentos do Estado democrático, no art. 1º, IV, garantindo “[...] um padrão de vida capaz de assegurar ao cidadão e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis”. Com a habitação constituindo um dos serviços públicos essenciais, junto com educação, saúde, seguridade social e serviços sociais pessoais (MALPAS s.d apud KUWAHARA, 2011).

Diante de tais possibilidades, trabalhamos a habitação na interfase dos direitos sociais e como possibilidade de liberdade positiva, de observância obrigatória do Estado Social de Direito. Considerando que nos espaços socioterritoriais construídos historicamente, o Estado como principal agente atua nas contradições sociais, nas desigualdades sociais que tem como uma de suas expressões o problema habitacional.

Partindo da concepção do habitar como estabelecer residência, estar, achar-se, consistir-se, manifestar-se, segundo Bueno (1963), o espaço que apresenta grande poder de interferência nas atividades humanas, no sentido de proteção, de defesa da vida, dos direitos humanos e sociais e da dignidade humana, influenciando na cultura e no cotidiano das pessoas.

No âmbito do desenvolvimento da sociedade capitalista no Brasil, trabalharemos as marcas dos direitos na interface das políticas voltadas para o enfrentamento das necessidades básicas. E, buscamos apreender, os paradoxos e contradições dos mínimos sociais e da proteção social no contexto das contradições do desenvolvimento capitalista e da reestruturação atual da política na interface da política da habitação com assistência social E na política de Assistência, no plano organizacional e burocrático como diretriz da participação da sociedade e da integralidade de programas, da descentralização político-administrativa e

da municipalização. Estas como possibilidades de maior autonomia dos programas locais e maior proximidade da população na articulação das políticas setoriais, ampliando os canais de participação social, através dos Conselhos Municipais.

E diante do número e do nível de necessitados sociais, a assistência social como atuando no enfrentamento da violação de direitos, no sentido de superar a cultura da dependência, reforçando estratégias emancipatórias de reconhecimento dos beneficiários na ampliação das relações sociais e políticas. E como uma forma de defender cidadania possibilitando proteção social e, mais particularmente, assistência social a todos, processando as demandas sociais geradas pelos mecanismos de exclusão. Desse modo a habitação no conjunto de bens e de serviços indispensável à construção de patamares crescentes de igualdade.

A HABITAÇÃO NO ROL DOS DIREITOS SOCIAIS E DAS POLÍTICAS DE ALCANCE SOCIAL

(Dês)proteção Social e Habitação Social no Brasil

O Brasil como país marcado pela concentração de riqueza e de poder, pelas desigualdades econômicas e sociais intrínsecas ao modelo de desenvolvimento adotado, tem alicerçado um modelo de capitalismo dependente marcado por desigualdades e exclusões. E no contexto histórico e social o direito universal na retomada e redefinição da processualidade histórica, cultural e social, relaciona estreitamente a qualidade de vida às questões de cidadania, aos direitos sociais, se aproximando do princípio da dignidade da pessoa humana. Considerando a qualidade de vida constituída de elementos subjetivos e objetivos geradores de bem-estar (bens materiais e serviços indispensáveis a manutenção da dignidade humana). Desse modo, reduzir desigualdades entre as pessoas garantindo condições dignas de vida, a habitação, relacionada aos espaços de relações sociais, de convivência, de interação e de pertencimento dos indivíduos, das famílias e dos grupos sociais, nas suas realizações, expectativas, sonhos e frustrações torna-se imprescindível. Constituindo a moradia espaço de disputas, de contradições e de conflitos nos territórios como espaços políticos que “podem apresentar configurações muito distintas a depender do(s) lugar(es) onde se concretizam os sujeitos coletivos de ações político-territoriais. Pois, onde a vida se faz realidade e acontece deve ser compreendidos na sua construção pelos diferentes segmentos da população, como coloca Koga e Nakano (2005, p. 74).

No contexto das contradições do desenvolvimento e da reestruturação atual da política, o desenvolvimento concentrador do Brasil foi iniciado com a ocupação, no século XVI, ao longo do litoral em razão da exploração do pau-brasil e da cana de açúcar. E com a industrialização-urbanização ao longo dos séculos XVII e XVIII expandiu seu processo

para outras regiões. E, no fim do século XIX, particularmente com a descoberta do ouro e com a produção de café na região Sudeste e a Abolição da Escravidão instaurou a substituição do trabalho escravo pelo trabalho livre. E o mercado não absorvendo a mão-de-obra dos ex-escravos e outros trabalhadores não qualificados intensificou os problemas sociais. Florestan Fernandes coloca que a Abolição operou-se sem inserir o negro no mercado de trabalho livre, substituindo-os nas lavouras e não os absorvendo nas cidades, devido à falta de qualificação e a escassez de vagas, transplantando, assim, a anomia social da senzala para as cidades.

Desse modo, a urbanização se deu sem atender a demanda de mão de obra migrante e de habitação. Para atender essa demanda grupos de pessoas abastadas construíram ou adaptaram antigas moradias para venda ou para locação aos trabalhadores de baixa renda, tornando a locação um dos principais pontos de conflito entre proprietário e inquilino. Para Cardoso (2003) as subdivisões de antigos casarões em pequenos cômodos e outras instalações coletivas com lavanderias e sanitários coletivos, foram disponibilizados para aluguel. Estes geralmente localizados em áreas centrais, devido ao processo de esvaziamento econômico e/ou a forma de urbanização das cidades,

Processo de industrialização com urbanização, apoiada no modelo de substituição de importações, implantava um projeto econômico e social para o Brasil, regulamentando as situações mais graves de insalubridade, via ação policial e legislações (sanitárias, de locações alugueis e de isenções fiscais). Pois os problemas de habitação eram vistos como de saúde pública. No governo do presidente Rodrigues Alves (1902-1906), o Estado, particularmente transferindo poderes ao prefeito Pereira Passos (1903-1906)¹ e ao médico Oswaldo Cruz, lidera as reformas urbanísticas nas cidades. Com projetos sanitários e urbanísticos para solucionar o problema das epidemias e da falta de saneamento.

Com o processo de urbanização desordenado a questão social foi acentuada, expressa na falta de qualificação, de trabalho, de renda, de recursos, de habitações, como os cortiços, particularmente em São Paulo e no Rio de Janeiro. Para dar um ar europeu às cidades do Brasil a intervenção da política urbana proibi os cortiços e expulsa os moradores pobres para as periferias das cidades, associando estes às proliferações de doenças. Iniciando a separação da cidade entre centro e periferia, entre população negra, mestiça e pobre das novas e elegantes cidades que se expandia ocupando áreas que se valorizavam. Com Programas que deslocavam os assentamentos precários do centro para lugares distantes, desamparados dos poderes públicos

O presidente Getulio Vargas, após a Revolução de 1930, cria o Ministério do Trabalho, da Indústria e do Comércio, a Legislação Trabalhista e institui a regulamentação urbana e habitacional e particularmente o mercado de alugueis. E tentando auxiliar o cidadão de

1. Francisco Pereira Passos, foi engenheiro brasileiro e prefeito da cidade do Rio de Janeiro entre 1902 e 1906, nomeado pelo presidente Rodrigues Alves.

baixo poder aquisitivo melhorar suas condições de vida organiza o setor previdenciário do país garantindo aposentadoria, pensões (em caso de doenças, de incapacidade ou de morte do chefe de família), assistência médica e moradias, através da construção e/ou do financiamento, aos seus associados.

E a criação da Lei Elói Chaves em 1923 constituindo as Caixas de Aposentadoria e de Pensões, com serviços de assistência, particularmente de alimentação, de saúde e de habitação. A este seguiram o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933; dos Comerciantes (IAPC), em de 1934; dos Bancários (IAPB), em de 1934 e dos Industriários (IAPI) em 1936. Dentre outros de segmentos diferentes de categorias profissionais nos anos seguintes que buscavam possibilitar entre outros serviços a sonhada casa própria.

No pós-guerra a expansão da industrialização e da urbanização desordenada, com aumento dos desempregos, dos subempregos e do déficit habitacional e redução significativa das ofertas das unidades habitacionais para venda ou para aluguel surgem as favelas. Como expressão do empobrecimento da classe trabalhadora, da necessidade de onde e como morar, de renda e de habitação a habitação tornando-se uma aliada da garantia da ordem urbana e da contenção da organização dos trabalhadores.

No governo do General Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) foram criados órgãos para a provisão de habitação popular. A Fundação Casa Popular (FCP), em 1946, órgão nacional voltado para o financiamento da moradia (compreendendo unidades habitacionais e de terrenos urbanos) para as camadas de renda baixas, inclusive subempregadas e desempregadas, a prestações mais baixas. Órgão que atuou basicamente na cidade do Rio de Janeiro e do Recife. A Fundação Leão XIII, em 1947, com apoio do Estado para financiar a auto-construção casas próprias. Auto-empresendimentos localizados em loteamentos periféricos, carentes de infra-estrutura, como nas Favelas do Distrito Federal. (BONDUKI, 1994).

Com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) colocando a moradia como um direito humano universal, aceitável e aplicável em todas as partes do mundo, um dos direitos fundamentais para a vida das pessoas, reconhece os direitos sociais como humanos, juntamente com os direitos civis e políticos. Considerado como direitos naturais, essenciais à pessoa humana, baseados na dignidade e na liberdade da pessoa humana, norteia princípios morais universais de respeito a vida, a liberdade, a justiça, a igualdade, a fraternidade e de paz.

No governo Juscelino Kubitschek, (1956 e 1961), a dinamização da “política desenvolvimentista” acelera o processo de industrialização que atraía mão-de-obra, particularmente do campo para as cidades (o êxodo rural), para trabalhar nas unidades fabris (particularmente têxteis e alimentícias), no comércio e nos serviços. Com fluxo migratório atraindo para a cidade trabalhadores desqualificados que, subempregados ou desempregados, buscaram moradias nos arredores das cidades, aumentaram as ocupações ilegais e de riscos.

Para enfrentar a problemática urbana com crescente déficit habitacional, particularmente nas maiores cidades brasileiras, foi criado o Banco Nacional de Habitação (BNH 1964-86), mantido pelo Sistema Brasileiro de Habitação (SFH. Com recursos gerados pelo Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), alimentado pela poupança compulsória dos assalariados brasileiros e a poupança voluntária que formaram o Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimos (SBPE).

O Banco Nacional de Habitação, de abrangência nacional, articulou uma rede de agentes promotores e financiadores (privados ou estaduais). Dentre estes se destacam: as Campanhas de Habitação (COHABs), os Institutos de Orientação às Cooperativas Habitacionais (INOCOOPs) e o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA).

Mas, ao longo do governo militar (de 1964 a 1985) a modernização do setor agrário, incorporando máquinas, equipamentos, insumos modernos e produtos químicos e biotecnológicos, intensificou a expulsão de camponeses do campo para a cidade. Estes, como mãos-de-obras desqualificadas, não absorvida pelas atividades urbanas e pela política habitacional, aumenta a pobreza e as ocupações das periferias das cidades de médio e grande porte, na forma de cortiços, favelas e outras as formas de habitação precária.

O Banco Nacional de Habitação (BNH) tinha como modalidade básica de acesso à moradia a compra da casa própria, articulando o setor público e privado para a construção das habitações. Com o sistema fundamentado na ideologia da casa própria e numa ótica empresarial de mercado, um sistema formal de construção civil de rentabilidade das construtoras, o enfrentamento ao problema da habitação assumiu um modelo empresarial, para ser autofinanciável e garantir o retorno financeiro, as prestações se reajustavam de acordo com as taxas de inflação vinculando os recursos a construção de habitação mais para a classe média e para conjuntos habitacionais.

No caso dos conjuntos habitacionais as construções de habitações priorizam a larga escala e as periferias das cidades onde encontravam menores preços dos terrenos mas estimulava a especulação de terras periféricas (rurais ou urbanas), particularmente intermediadas por grileiros dos segmentos imobiliários. Conjuntos habitacionais grandes, uniformes e padronizados, sem infra-estrutura e sem equipamentos sociais, distantes das áreas centrais das cidades e dos locais de trabalho que formaram as áreas periféricas ou zonas pioneiras de edificações de habitações populares, evidenciando pouca preocupação com a qualidade do ambiente construído, entregues com aspecto de obras inacabadas.

Conjuntos Habitacionais nos subúrbios apartados da cidade.

Com a política neoliberal gerando recessão, inflação, desemprego e queda nos ní-

veis salariais retraem os saldos do FGTS e da poupança aumentando às inadimplências dos financiamentos e os preços dos terrenos, desestimulando as construções privadas de moradias populares. No governo de João Figueiredo (1979-1984) com as denúncias do aumento do déficit e das condições precárias de habitação construídas para os segmentos da população mais pobre e o BNH aparece associado a ditadura, o BNH foi extinto passando as atribuições dos programas de habitação para a Caixa Econômica Federal.

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988, no seu artigo 6º, reconhecendo os direitos sociais, em especial o direito à moradia ao lado da alimentação no rol das necessidades básicas do ser humano e dos direitos fundamentais, a implementação deste direito constituiu grande desafio. Particularmente articulado o direito a moradia digna no rol dos direitos sociais e na esteira dos direitos fundamentais do ser humano e subordinados à regra da autoaplicabilidade.

“São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988).

Porém, a aplicação imediata ventilada no artigo 5º e no artigo 1º da Constituição Federal de 1988 no § 1º, fica comprometida como dever do Estado implantar políticas públicas efetivas, com empenho orçamentário e ações concretas para o resgate de moradores de rua e de risco e para a erradicação de favelas. Coloca a dignidade da pessoa humana dentre os direitos sociais e a moradia como direitos sociais e a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal como responsáveis de promover a proteção social, tendo a moradia como fundamental ao exercício do cidadão.

“A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III – a dignidade da pessoa humana.” dentre os direitos sociais esteja o da moradia, posto que esta é um elemento fundamental para o exercício dos demais direitos do cidadão.

E o art. 6º do texto constitucional através a Emenda 26/2000, no capítulo referente à Política Urbana, a Lei 10.257/2001, chamada de Estatuto da Cidade, normatiza a Política Nacional de Desenvolvimento Urbano objetivando a qualidade de vida das pessoas que moram em aglomerados urbanos e em cidades, colocando a proteção como forma de melhoria da qualidade de vida. Mas, a tendência progressiva de descentralização para ampliar as condições de autonomia e de iniciativas locais (estaduais e municipais), na definição de

agendas e na implementação de políticas, regride devido os mecanismos de financiamento e o aumento das manipulações políticas.

No governo Itamar Franco (1992-1994) na sua reorganização institucional criou o Plano de Ação Imediata para a Habitação e no governo Fernando Collor de Melo, (1990-1992) os programas “Habitar Brasil” e “Morar Município”. Programas que, em meio às correlações de forças sociais, não avançam na concepção da habitação no campo dos direitos sociais e associada a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (parágrafo 1º, artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, do ano de 1948) e como pressuposto da dignidade da pessoa humana (Constituição Federal de 1988, como no advento da Emenda Constitucional nº 26/00, artigo 6º).

E compromete a proposta de garantir segurança contra riscos sociais e uma condição de cidadania definida pelo “padrão societário de civilidade” colocando os mínimos sociais no patamar da universalidade (SPOSATI, 1997, p 10-15). Se distanciando da interpretação de mínimos sociais ampla e cidadã e se aproximando da restrita e minimalista, fundada na pobreza e no limiar da sobrevivência. Carvalho (2003) destaca na política de proteção social, a Assistência Social como devendo atuar junto à população vulnerabilizada no processo de produção da pobreza e, portanto, junto dos cidadãos e dos grupos que estão “[...] fora dos mecanismos e dos sistemas de segurança social, obtidos pela via do trabalho, do usufruto das políticas públicas (saúde, educação, cultura, habitação, saneamento, entre outras) e da inserção em sociabilidades sóciofamiliares

Neste intuito, no âmbito da Assistência Social, surgiram programas a partir de 1988 que, na transversalidade da assistência social em relação às demais políticas sociais alçaram postos de políticas específicas responsáveis pela atenção às necessidades de reprodução social dos excluídos. Quando criaram serviços para os cidadãos com necessidades específicas, numa perspectiva de equidade social, como programas, de creche na educação e de habitação popular.

Desse a Constituição Federal de 1988, considerada Constituição cidadã, possibilitou direitos sociais, como a habitação colocada como responsabilidade das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) aumentando a participação dos municípios na habitação como interlocutor das organizações populares e como responsável pelo equacionamento das demandas sociais.

Os Projetos na estrutura do Estado brasileiro nos direitos Sociais com destaque para a Habitação

O governo Fernando Henrique Cardoso buscando a estabilidade econômica e o controle da inflação eliminou restrições ao capital estrangeiro e quebra dos monopólios estatais

nas áreas de comunicação e de petróleo. Privatizou empresas estatais nas áreas de telefonia, de extração e de comercialização de minérios. E implementou mudanças na estrutura e no funcionamento do Estado brasileiro que refletiram na previdência social e nos direitos em geral

Com relação às Políticas sociais de transferência de renda para as populações mais pobres, criou programas como, o vale-gás, o bolsa-alimentação e o bolsa-escola nas áreas da educação e de saúde, a distribuição gratuita de medicamentos contra a AIDS e a criação dos remédios genéricos, (vendidos a preços mais baixos). Com relação à questão agrária implementou um limitado programa de reforma agrária.

Relativo à habitação criou a Política Nacional de Habitação (de 1995 a 1998) com linhas de créditos para programas de crédito direto ao cidadão, denominados Cred-Mac e Cred-Casa. Estes voltados particularmente para famílias de renda média mensal de até oito salários mínimos, inclusive para o setor informal, para construção e melhoria de moradias através da aquisição de materiais de construção. Programas que beneficiaram famílias (567 mil) de baixa renda com a construção da moradia, mas a ausência de assessoria técnica estimulou informalidade e comprometeu a qualidade das habitações.

Quando foi criado também o Programa de Conclusão de Empreendimentos Habitacionais, financiados com recursos do FGTS e do Orçamento Geral da União. O Pró-Moradia e o Programa Habitar Brasil, voltados para recuperação de habitações degradadas com urbanização das áreas e regularização fundiária (AZEVEDO, 1996, p 24).

Em 1997, a aprovação da Lei Federal 9.512/97, do Sistema Financeiro Imobiliário (SFI), destinando os recursos do FGTS para a produção de mercado para a moradia popular e o ordenamento urbano-ambiental das cidades brasileiras, que viabilizou conjuntos habitacionais contratados por empresas privadas até 1991. E o Programa de Arrendamento Residencial (PAR) criado pela Medida Provisória nº1.823/1999, prevendo recursos orçamentários inusitados para o setor da habitação, priorizando grandes obras de infraestrutura. Programas que facilitaram a retomada dos imóveis dos mutuários inadimplentes, evitando longas batalhas judiciais e urbanizaram assentamentos Precários.

Mas, centrando na crise econômica, no sistema de metas inflacionárias para manter a estabilidade dos preços e as taxas de inflação compatíveis com a dos países ricos, por meio de instrumentos do Plano Real, os programas ficaram aquém do esperado. Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 26, em 2000, iniciativas de alcance social, com foco na crise socio-ambiental das cidades brasileiras e na retenção das migrações campos-cidades de médio e de grande porte, retomou políticas de ordenamento urbanístico, inclusive de habitação.

A Política Nacional de Desenvolvimento Urbano e de Habitação na Interface com as Políticas Sociais

No primeiro ano de governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2001, foi criado o Ministério das Cidades (MCidades, 2004, p. 13) como órgão coordenador, gestor e formulador da Política Nacional de Desenvolvimento Urbano. Para enfrentar a questão urbana e os problemas relativos às cidades foram articuladas políticas setoriais qualificando os diferentes entes federativos para o enfrentamento dos problemas urbanos das cidades brasileiras.

E para regulamentar o capítulo “Política urbana” da Constituição brasileira o foi criado Estatuto da Cidade, lei 10.257 de 10 de julho de 2001, tendo como princípio o planejamento participativo e a função social da propriedade. E para universalizar os “direitos sociais” locando a habitação no rol das necessidades da população e dos direitos de cidadania, a proteção social aparece como segurança de sobrevivência; de autonomia; de acolhida; de convívio e de vivência familiar, possibilitando a participação popular nas políticas públicas de Assistência Social (PNAS). Em decorrência de imposições sociais, econômicas ou políticas as vulnerabilidades sociais e os riscos as ofensas à dignidade humana como fenômenos multidimensionais e complexos, são definidos por indicadores socioeconômicos, demográficos, habitacionais, educacionais, de saúde, dos indivíduos ou das famílias na trajetória de seu ciclo de vida.

Mesmo a Caixa Econômica Federal (CEF) subordinada ao Ministério da Fazenda, responsável pela gestão da política de habitação e principal agente financeiro dos recursos do FGTS, mesmo com forte oposição na equipe econômica e do Conselho Nacional de Habitação, com a realização da 1ª Conferência Nacional das Cidades, em 2003 (com 2.500 delegados) e as mobilizações sociais, reitera o Fundo Nacional de Habitação (FNH), o Sistema de Financiamento Imobiliário (SFHIS) e o Sistema Financeiro de Habitação Social (SFHIS). Diante do quadro favorável da economia, os financiamentos para habitação elevaram com a promulgação da Lei nº 10.931/2000, Diante e os investimentos do Sistema Brasileiro de Poupança e Empréstimo (SBPE) para habitação sobem de R\$ 2,2 bilhões para R\$ 27 bilhões, entre 2002 e 2008 (BONDUKI, 2009). Quando exige que estados e municípios, para terem acesso aos recursos federais, instaurarem estrutura institucional, com fundo, com conselho e com plano de habitação.

Mas, com a substituição de Olívio Dutra e sua equipe por Márcio Fortes, em 2005, a nova Política Nacional de Habitação (PNH), desarticulada, incorpora as propostas do Projeto Moradia com subsídios limitados e a concessão de crédito sujeito a visão bancária da CEF, instaurando a crise política do País (BONDUKI 2009 p. 12). E em 2007, o governo, prevendo recursos orçamentários para programas de caráter social e urbanização de assentamentos precários implanta grandes obras de infraestrutura e lança o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Programas de empreendimentos habitacionais voltado para recuperar investimentos inacabados que permearam esse período. O Programa Carta de Crédito para fornecer linha de crédito direto aos setores médios de renda familiar mensal de até 12 salários mínimo e o Programa de Financiamento à Produção e ao Crédito Individual.

Programas articulados a indústria da construção civil na produção de projetos ha-

bitacionais destinados à parcela da população de renda média e alta que optassem por contratos de financiamento vinculados aos imóveis. Pois, a CEF, empenhada em evitar rombos nos fundos destinados à habitação, sobretudo provindos do FGTS, privilegiou a concessão de créditos com maior condições de garantia e de mais fácil acompanhamento. Logo, os grupos de maior poder aquisitivo e os financiamentos de imóveis usados.

Embora aporte legal da política apontasse para uma renovação no tratamento da questão da habitação as especificidades do processo de urbanização brasileiro e o aumento do déficit habitacional evidenciaram a ineficácia do Sistema de Financiamento Imobiliário (SFI) no enfrentamento do déficit habitacional. Dados da Fundação João Pinheiro, calculado com base no IBGE para o ano 2000, indicou o déficit habitacional no Brasil, para a população rural de 86%, com previsão de atendimento a 14% de 0 a 3 salários mínimos; para a urbano de 97% com previsão de atendimento de apenas 3%, de 0 a 3 salários mínimos, 92%, com previsão de atendimento em 8%.

E a CEF como agente financeiro para operar os recursos destinados à habitação, continua o comando ortodoxo do Ministério da Fazenda, do FGTS, e o crédito vinculada à visão bancária de financiamento. Preocupação voltada para resultados rápidos e quantitativos que estimulavam o processo especulativo que chegou a ser chamado, entre 2007 e 2008, de boom imobiliário (BONDUKI, 2009 p. 12).

Política que continuava beneficiando sobremaneira a classe média e o marketing, considerando que nos anos de 1995 a 2003, 78,84% dos recursos foram destinados a famílias com renda superior a 5 salários mínimos e apenas 8,5% foram destinado a baixa de renda até 3 salários mínimos, onde se concentrava 83,2% do déficit quantitativo (BONDUKI, 2008, p. 80).

Com a crise econômica internacional no setor imobiliário americano gerando incertezas e paralisação no Brasil, em abril de 2009, o governo federal, apoiando o setor privado para enfrentar o desemprego e o déficit habitacional de baixa renda, investiu no setor habitacional (cerca de 34 bilhões). Quando implantou um modelo de financiamento das políticas habitacionais que abria capital para empresas do setor imobiliário, com a criação do “pacote” habitacional “Minha Casa, Minha Vida”.

De acordo com Arante e Fix,(2009, p 3) “O pacote habitacional e sua imensa operação de marketing retomam a ‘ideologia da casa própria’ como marca da chamada ‘integração social [...], seja por coerção, cooptação ou consentimento, promovendo um contexto de apaziguamento das lutas sociais e de conformismo em relação às estruturas do sistema vigente.

Escassos recursos orçamentários para combater os alarmantes efeitos perversos do ponto de vista social, econômico e urbano, do modelo de desenvolvimento neoliberal, expressos significativamente no déficit habitacional, em particular dos segmentos de baixa renda. Projeto que, para os políticos, seria uma operação de marketing, necessária para ampliar os dividendos eleitorais, pois grande parte do pacote ocorre no plano do imaginário,

dado a disparidade entre a promessa e o atendimento previsto (ARANter, FIX, 2009, p 04), ameaçado concretamente na virada de 2009 (BONDUKI, 2009, p. 12).

Rolnik (2009) esclarece que disponibilizar 34 bilhões para a construção, sem nenhuma intervenção em termos urbanísticos e fundiários, poderia provocar um processo inflacionário, com aumento considerável no preço dos terrenos e com comprometimento da qualidade das habitações e com risco de criar guetos de pobres, com violência e sem acesso a trabalho e à educação.

E Rolnik (2009) aponta como um dos obstáculos para atender à demanda prioritária, à falta de capacidade das prefeituras, dos estados e do próprio agente financeiro (CEF) para atuação em larga escala. Além dos constrangimentos da cadeia produtiva, cujos produtos, em geral, foram inadequados, além das aplicações dos recursos de forma inapropriadas houve à dificuldade de acesso a terra urbanizada e regularizada para a produção da Habitação de Interesse Social (HIS) em condições urbanas e ambientais adequadas.

Mesmo com as possibilidades de inovação dos meios e dos instrumentos de planejamento urbano, delegando aos municípios e aos seus Planos Diretores a tarefa de definir, em âmbito local, as condições de cumprimento da função social da propriedade e mesmo da própria cidade o Sistema Financeiro de Habitação pós BNH faltou à criação de um modelo de gestão democrático para além dos requisitos formais que incorporasse a totalidade dos habitantes e dos moradores em condição de cidadania. Problemas que criaram um vazio nas políticas habitacionais e uma desarticulação progressiva da instância federal. Uma fragmentação institucional que alimentou a perda de capacidade decisória e reduziu significativamente os recursos disponibilizados para investimentos nas áreas mais precarizadas.

E a reforma do Sistema Financeiro da Habitação e do Sistema Único de Assistência como tentativas de responder mais efetivamente e eficientemente na melhoria da qualidade de vida das populações das cidades e do campo, particularmente mais pobres parece ineficaz. Pois, a precariedade das moradias como expressão da agravante pobreza e da exclusão em suas inúmeras manifestações, se expressam nos cortiços, nas faveladas, nas palafitas, etc. E a segregação urbana como produto da combinação de inúmeras questões econômicas, sociais, culturais e políticas e como processos subjacentes ao déficit de habitação popular, remete às ocupações ilegais e desordenadas. Questões relativas à concentração de renda, a pobreza, a falta de qualificação profissional e ao subemprego e ao desemprego e, conseqüentemente, a pobreza.

Pois, o processo de expansão das cidades brasileiras, caracterizado pela urbanização espalhada e periférica, com fragmentação do espaço urbano, coloca as questões relacionadas aos desafios do déficit habitacional, em quantidade e em qualidade, como questão relevante a ser enfrentada acionando diversos segmentos das políticas sociais.

Pois, no geral, as habitações construídas pelo estado e pela própria população possibilitaram moradias com edificações precárias, localizadas nas periferias, desvalorizadas das

idades, sem infraestrutura e serviços, densamente habitadas e relacionadas à insegurança e a violência. E assim, vão formando agrupamentos segregados e excluídos das cidades que reforçaram os preconceitos e dificultaram o acesso a emprego e outras formas de trabalho, reforçando a pobreza e dificultando a melhora das condições de vida da parcela da população de baixa renda. Pois, as políticas limitadas e desarticuladas, particularmente nas cidades brasileiras de grande e de médio porte e nordestinas, como as cidades de Campina Grande e de João Pessoa se destacaram na construção de conjuntos habitacionais populares e nas habitações populares precárias, contribuindo no contínuo aumento do déficit que se diversifica.

CONCLUSÃO

Desse modo, com vários tratados internacionais reafirmando a obrigação dos Estados de promoverem e de protegerem os direitos dos cidadãos, reduzindo danos, trabalhando na prevenção de riscos, dentre estes as moradias precárias, faz refletir sobre a validade do direito à moradia no rol dos direitos sociais e de sua eficácia na inclusão.

Pois, na problemática urbana, os direitos sociais constitucionais garantidores de proteção e de equacionamento da pobreza e da exclusão passa pela promoção do direito à Assistência Social, como prestação positiva para toda a sociedade, tendo o estado como garantidor da efetividade e da manutenção dos direitos básicos para a dignidade humana por meio de políticas públicas eficazes. E na garantia de vida digna ao cidadão a promoção social da moradia inclui: educação, saúde, alimentação, trabalho, lazer, segurança, saneamento básico, proteção à maternidade e a infância. Logo exige a implementação de ações de construção de unidades habitacionais, através do financiamento de lotes urbanizados e da requalificação de imóveis como estratégias fundamentais na proteção.

Pois, o modelo de desenvolvimento concentrador e descomprometido com os interesses da maioria da população, as cidades crescem marcadas pelos favorecimentos dos interesses das elites dominantes e pela ausência de planejamento urbano, permeadas de contradições e de desigualdades sociais. No Brasil, a produção e a reprodução das desigualdades sociais, através de um intenso processo de precarização das condições de vida, com crescente desemprego e trabalho informal, violência e crime organizado, acumula déficits sociais por décadas de governos e fragiliza os vínculos sociais, expondo as famílias e os indivíduos a situações de riscos e de vulnerabilidades sociais.

Pois, a afetivação da Rede de Proteção Social, para atender os princípios fundamentais da matricialidade familiar e da territorialização, continuamente fragmentaria, particularmente quando a remoção e a construção de grandes conjuntos habitacionais não vincularam a habitação a possibilidade de segurança familiar, as necessidades básicas, integrando

direito à subsistência. Ao resgate da família como núcleo social básico de acolhida, de convívio, de autonomia, de sustentabilidade e de protagonismo social. Ampliando o conceito de família para além de unidade econômica e mera referência de cálculo de rendimento per capita, para núcleo afetivo, vinculado por laços consangüíneos, de aliança ou de afinidade, onde os vínculos circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração com acesso a condições de sustento, de guarda, de educação e de saúde de suas crianças e seus adolescentes, bem como de proteção de seus idosos e portadores de deficiência.

Considerando que o princípio da territorialização reconhece a presença de múltiplos fatores sociais e econômicos que levam a situação de vulnerabilidade, de risco pessoal e social, exigindo novo modelo de gestão social que se fundamente na descentralização e intersetorialidade.

Desse modo, para imprimir outra cidade e outro padrão de crescimento nas cidades brasileira, deve-se acionar os direitos que garante a pessoa e a família saúde e bem-estar, destacando à moradia como um direito humano. Considerando que a Constituição Brasileira, no seu art. 1º, IV, expressa o direito a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, dentre outros. E os direitos sociais como fundamentais ao homem, possibilita melhoria das condições de vida e à concretização da igualdade social, tendo a moradia um papel fundamentais.

Pois *apesar dos avanços nos princípios reguladores e nas normas, com intuito de proteção*, os déficits de moradia, quantitativo e qualitativo, presentes na maioria dos municípios brasileiros expressam a pobreza que exige intervenções relacionadas a qualidade de vida, o acesso a imóveis, a habitação e a infraestrutura, aos serviços de saúde, de educação e de segurança.

Pois os problemas da moradia são consequência e produtora da exclusão e da desigualdade social que propicia a discriminação, a segregação espacial e acarreta menores oportunidades de educação, de qualificação e de emprego, dentre outros problemas que ocasionam a perpetuação da pobreza e a ausência do exercício da cidadania, como coloca Funes (2005). Particularmente quando a palavra casa como estrutura física, construção material, com paredes e teto, se amplia na palavra moradia que indica à realização de uma função humana que conduz a uma visão mais dinâmica no uso da casa. A moradia referente às necessidades fundamentais do ser humano condicionar bem estar determinado pela cultura e pelo contexto social e ambiental

Desse modo, moradia adequada implica condição de ocupação estável, ou seja, residir em local sem o medo de remoção ou de ameaças indevidas ou inesperadas, com acesso a serviços e bens públicos, infraestrutura, que podem ser: escolas, sistema de saúde, de saneamento básico, de energia elétrica, de sistema de esgoto e de coleta de lixo. Além de acesso a bens ambientais, como terra e água e a um meio ambiente equilibrado. Logo, as edificações devem ser capazes de delimitar espaço de abrigo para famílias, no caso da chamada “habi-

tação popular”, casas destinadas às famílias mais pobres deve possibilitar aos moradores a realização, de forma satisfatória, de suas funções mais elementares.

Diante de tal conjuntura e de contexto de desigualdade e de exclusão os beneficiários os segmentos empobrecidos, em crise de sobrevivência, vivendo sem renda ou com recursos insuficientes, em situação precária de moradia, crianças e adolescentes em risco social e pessoal, como: moradores de rua, pessoas portadoras de deficiência sem apoio familiar e vítimas de diversos riscos, exigem atuação de forma integrada das políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza atuando na garantia dos mínimos sociais, no provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais a assistência social (LOAS, no parágrafo único do artigo 2º). Quando a assistência social, como proteção social e como política reconhecida no âmbito da seguridade social brasileira possibilita o alcance de mínimos sociais via acesso a uma renda mínima compatível com o atendimento das necessidades básicas, conjugando, oferta de serviços, de programas e de processos que assegurem segurança e sentido de pertencimento social, facilitada e apoiada pelo acesso às demais políticas sociais. Uma proteção que compõe e participa de um sistema mais amplo de políticas sociais, pois *formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro)*, quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social e fazem parte da vida das coletividades” (DI GIOVANNI, 1998, p 10). exigem uma visão integral de proteção social para o *conjunto de seus membros*.

Nesta perspectiva, o alargamento da assistência social, indicada pelas diretrizes constitucionais, nos lembra a interface com as demais políticas sociais setoriais e mesmo com políticas de conteúdo econômico. Sendo a assistência processadora das demandas sociais geradas pelos mecanismos de exclusão, como estimuladora da criação de políticas públicas e defensora dos direitos de todos ao mundo da cidadania (PEREIRA 1991).

Então, como falar de bem estar de natureza social, direitos que acessado tem reflexos diretos sobre os demais indivíduos e, em última análise sobre a sociedade, senão na interface das políticas sociais em particular a de assistência, de saúde, de educação, de habitação como condição para obter conforto, bem estar, segurança e acolhimento.

REFERENCIAS

BUENO, Francisco da Silveira. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**. São Paulo: Saraiva, 1963.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: Oliveira, Marco Antonio de (Org.). **Reformas do estado e políticas de emprego no Brasil. Campinas (SP): UNICAMP. IE, 1998.**

KOWARICK, Lúcio. **A Espoliação Urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico – 2000**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm/

Acesso em 25 de abril de 2011].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico – 2010**. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm/ Acesso em 25 de abril de 2011.

GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

KOGA, Dirce e NAKANO Kazuo. **Perspectivas Territoriais e Regionais para políticas públicas brasileiras**. In A Abong nas Conferências 2005 – Criança e Adolescente – Assistência Social. Cadernos Abong 2005.

KOWARICK, Lúcio. **A Espoliação Urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

KUWAHARA, Mônica Yukie (2011). **Habitação**. Disponível em: [/HTTP://www.mackenzie.br/fileadmin/graduacao/ccsa/nucelos/NPQV/relatorio/_IEQV/habitacao.pdf/](http://www.mackenzie.br/fileadmin/graduacao/ccsa/nucelos/NPQV/relatorio/_IEQV/habitacao.pdf/) . Acesso em: 4 mar 2013.

LEITE. Celso Barroso. **A Proteção social no Brasil**. Imprensa: São Paulo: Ltr, 1978.

MAIA, D.S. **Habitação popular e o Processo de Periferização** e de ... 112 Geosul, v.29, n.58, 2014 1992. Tese (Doutorado em Geografia Humana), São Paulo: Universidade de São Paulo.

MORAES, Alexandre. **Direito Constitucional**, 30ª edição. Atlas, 2014. VitalBook file. Minha Biblioteca. <http://online.minhabiblioteca.com.br/books/9788522488117>

RODRIGUES, Arlete Moysés. **Moradia nas Cidades Brasileiras**. São Paulo: Contexto, 1989. SANTOS,

Milton. **A Urbanização brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1993. SANTOS, Milton. **Metrópole Corporativa Fragmentada: o caso de São Paulo**. São Paulo: Nobel: Secretaria de Estado da Cultura, 1990.

LORENZETTI, Maria. S. B. A Questão Habitacional no Brasil. (estudo) Consultora Legislativa da Área XIII. **Desenvolvimento Urbano, Trânsito e Transportes**. Câmara dos Deputados. Brasília: Julho/2001. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bd-camara/1469/questao_habitacional_lorenzetti.pdf?sequence=1>. Acesso em 20 fev 2013.

SPOSATI, A. O. **Assistência na Trajetória das Políticas Brasileiras: Uma Questão em Análise**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2009. P.42-52.

_____. **Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência de cidadania**. Serviço Social & Sociedade, n. 55. São Paulo: Cortez, nov. 1997.

VILLAÇA, Flávio. **O Que Todo Cidadão Precisa Saber Sobre Habitação**. São Paulo: Global, 1986.

A intersectorialidade como estratégia de gestão das políticas de saúde e assistência social

Eliane Cristina Lopes Brevilheri¹

Márcia Pastor²

RESUMO

Este artigo foi elaborado a partir da tese de doutoramento, que teve como objetivo analisar a intersectorialidade como estratégia de gestão das políticas de assistência social e saúde, em municípios de diferentes portes, da região norte do estado do Paraná. Traz os principais resultados a que se chegou com a realização do estudo e que se relacionam à intersectorialidade na normatização, na planificação e na implementação das referidas políticas.

PALAVRAS CHAVES: Intersectorialidade. Política de Assistência de Social. Política de Saúde. Gestão de Políticas Sociais.

ABSTRACT

This article was elaborated from the doctoral thesis, whose objective was to analyze the intersectoriality as a strategy for the management of social assistance and health policies, in municipalities of different sizes, in the northern region of the state of Paraná. It brings the main results that came with the study and relate to the intersectoriality in the regulation, planning and implementation of these policies.

KEYWORDS: Intersectoriality. Social Assistance Policy. Health Policy. Social Policy Management.

1. Doutora em Política Social e Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina. Assistente Social da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, lotada na 18ª Regional de Saúde (Cornélio Procópio/PR). Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.

2. Doutora e Pós-Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina/PR.

1 INTRODUÇÃO

Sob a influência das lutas democráticas e populares, o processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988 representaram inovações, no plano jurídico, especialmente afirmando e ampliando direitos sociais. O texto constitucional avançou em questões como a ampliação da responsabilidade do Estado em dar respostas às manifestações das desigualdades sociais, ao mesmo tempo em que estabeleceu princípios e diretrizes para a gestão das políticas sociais, dentre os quais se destacam: a descentralização político-administrativa, a participação da sociedade e a universalização de direitos sociais.

O novo texto constitucional também inaugurou um novo conceito - a Seguridade Social, um sistema que incorporou as políticas de saúde, de previdência e de assistência social, em cuja definição se estabeleceu a necessária integração de ações como forma de garantir os direitos a serem alicerçados por essas políticas.

Especialmente considerando que a configuração do Estado brasileiro, nos três níveis de governo, mediante a qual as políticas são operadas, manteve-se, e se mantém, setorializada, com estruturas especializadas. O marco regulatório, notadamente das políticas de assistência social e saúde trouxeram em seus conteúdos, sob diferentes termos, referências à necessária articulação entre as políticas, apontando para a perspectiva de intersetorialidade.

Outro indispensável aspecto a ser problematizado é que, paradoxalmente, no início dos anos 1990, o Estado brasileiro se inseriu no contexto de ajustamento a uma nova ordem capitalista internacional. Como resposta à chamada “crise fiscal do Estado”, foi adotado um modelo de gestão pública orientado pela perspectiva de um Estado Mínimo, promovendo expressiva redução de investimentos públicos, especialmente os destinados ao financiamento das políticas sociais. Nessa vertente neoliberal as diretrizes para a gestão das políticas sociais são resignificadas.

Considerando o cenário de tensionamento entre as duas perspectivas de Estado nas quais há diferenças fundamentais em relação ao papel a ser exercido pelo Estado, na orientação da política social e na interpretação das diretrizes para sua gestão, foi realizado um estudo³ tendo por objetivo analisar como as atuais políticas brasileiras de assistência social e de saúde incorporam a intersetorialidade no processo de gestão. O processo investigativo foi constituído por pesquisa documental e empírica.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise dos principais documentos normativos das políticas de saúde e assistência social a fim de apreender como a interse-

3. Que consiste na Tese de Doutorado, intitulada “A Intersetorialidade na Gestão das Políticas de Saúde e Assistência Social em Municípios da Região Norte do Estado do Paraná”, defendida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina/Pr, em 2016.

rialidade está disposta no marco regulatório destas políticas. A pesquisa empírica, realizada em municípios de diferentes portes localizados na região Norte do Estado do Paraná, desenvolveu-se mediante a análise dos Planos Municipais 2014-2017 das Políticas de Saúde e Assistência Social e entrevistas com atores envolvidos no processo de planejamento, a fim de identificar como a intersetorialidade se encontra delineada nesta etapa do processo de gestão. Foram, ainda, realizados grupos focais com conselheiros das duas políticas tendo em vista compreender a interpretação que os diferentes atores envolvidos na gestão (gestores, prestadores de serviços, trabalhadores e usuários) fazem da intersetorialidade.

Portanto, este artigo aborda sucintamente alguns dos principais resultados a que se chegou com a realização do estudo.

2. INTERSETORIALIDADE NA GESTÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS

O tema intersetorialidade vem, nas últimas décadas, compondo a pauta e ganhando destaque nas discussões relacionadas à gestão de políticas públicas brasileiras e despertando crescente interesse acadêmico e político.

A partir da análise dos conteúdos de produções teóricas, buscou-se identificar as principais categorias que permeiam esses estudos, cujos resultados revelaram que a intersetorialidade tem sido pautada, de forma especial pela setorialidade, integralidade, complexidade e pelo território.

No que tange à "Setorialidade", importa resgatar que o Estado brasileiro tem, historicamente, sua estrutura administrativa e seu aparato governamental organizados segundo uma lógica setorial, mediante a constituição de ministérios, autarquias, secretarias e correlatos, com responsabilidades de formulação, coordenação e produção de serviços em áreas específicas, como a saúde, a habitação, a assistência social, a educação, o planejamento urbano, a cultura, esportes e outras.

Para Inojosa (1998), a estrutura organizacional do governo se dá mediante um conjunto de organizações pelas quais exerce seu poder de regulação e prestação de serviços à sociedade e, embora em cada governo possam ser promovidas alterações no formato dessa modalidade de organização, especialmente em relação ao organograma, o fato é que permanece a departamentalização ou a setorialização, que se reproduz em todas as esferas de governo.

Não obstante a necessidade de se ter clareza de que essa divisão da política social em "setores" constitui apenas um procedimento técnico e burocrático – tendo em vista que os bens públicos e os direitos são indivisíveis, esse formato tem estimulado e justificado a atuação isolada das políticas sociais, promovendo a fragmentação e o paralelismo das ações. (PEREIRA, 2014).

Diante disso, a intersetorialidade tem sido indicada como estratégia para o enfrentamento da fragmentação gerada pela lógica setorializada das políticas públicas, partindo do pressuposto de que essa fragmentação cria dificuldades para a compreensão de que as expressões das desigualdades sociais não estão desvinculadas das causas estruturais que as produzem.

A fragmentação das políticas, produzida pela setorialização, promove ações sobrepostas e paralelas sobre as mesmas famílias e indivíduos. Ao desarticular suas demandas acaba por fragilizar os usuários dos serviços, uma vez que transforma as sequelas da questão social em problemas sociais, por sua vez convertidos em problemas individuais (privados). (NETTO, 2005).

Além das consequências sobre os serviços e seus destinatários, a fragmentação das políticas sociais produz efeitos para os trabalhadores/operadores dessas políticas, à medida que, atuando em áreas distintas, não conseguem dar respostas de fato às demandas apresentadas pelos cidadãos e, portanto, vêm seu trabalho perder efetividade. Essa análise foi realizada por Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997).

De uma forma geral, há entre os autores o reconhecimento dos limites da atuação setorial e a exigência de novas estratégias de gestão, de natureza institucional e organizacional, das quais a intersetorialidade figura como uma das alternativas possíveis.

Assim, a intersetorialidade é apontada como estratégia de articulação entre os setores, para a complementaridade das ações. Isso supõe uma combinação entre a dimensão intersetorial com a dimensão setorial. (SPOSATI, 2006).

Compartilhando desse entendimento, Mendes (2006, p. 253) afirma que a interse- torialidade “não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

A segunda categoria identificada nas publicações analisadas é a “Integralidade” que, em seu sentido literal, é a característica ou condição do que é integral e completo. Nesta direção, a intersetorialidade tem sido apontada como uma estratégia necessária à atenção/ proteção integral dos sujeitos alvo das políticas sociais, que são indivisíveis, assim como suas demandas e seus direitos.

Contudo, o termo integralidade, nas produções teóricas, tem sido apresentado de forma polissêmica, sendo possível identificar que os sentidos que lhe são atribuídos, especialmente pelos autores que a discutem a partir da política de saúde, têm origem nas bases conceituais da Reforma Sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980. Sob esse referencial, a integralidade pode ser pensada tanto de forma endógena ao setor saúde, quanto em rela-

ção à articulação com outras políticas setoriais, exigindo articulações intersetoriais.

Para maior elucidação desta reflexão, cita-se a análise realizada por Cecílio (2004), para quem a integralidade pode ser compreendida a partir de diferentes dimensões: a que denomina “integralidade focalizada”, que é realizada somente dentro do setor saúde, envolvendo ações interdisciplinares e integrando saberes de uma equipe multiprofissional no âmbito de um serviço. A outra dimensão é a “integralidade ampliada”, que é resultado da articulação com a rede composta por outros serviços e instituições, não necessariamente do setor saúde, demandando, portanto, um esforço intersetorial. A integralidade ampliada é entendida como a “articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas ‘integralidades focalizadas’ que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos articulados a partir das necessidades reais das pessoas”. (CECÍLIO, 2004, s/p).

Mioto e Nogueira (2009), ao tratarem da determinação social da saúde e de sua apropriação pelos profissionais que atuam nesse campo, registram que a integralidade é intrínseca à concepção ampliada de saúde, trazendo de forma implícita a ideia de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Esta considera que os fatores determinantes da saúde ultrapassam os limites das ações restritas do setor saúde.

A integralidade também vem sendo discutida nas produções relacionadas à Política de Assistência Social como uma oposição à perspectiva que predominou em sua trajetória histórica, cujo caráter assistencialista promoveu ações pontuais, fragmentadas e desconexas. A ruptura com esse paradigma tem como marco a Constituição Federal de 1988, que reconhece a assistência social como política pública, de responsabilidade estatal, integrante da Seguridade Social exigindo, portanto, a adoção de um novo modelo de gestão que viabilize a materialização dos serviços socioassistenciais voltados para a integralidade da proteção social.

Tratando especialmente da construção do Sistema Único de Assistência Social, em cujo texto se reafirma a necessidade de que essa política se realize de forma integrada e articulada às demais políticas sociais, Yazbek (2012) afirma que, tornar os destinatários dessa política alcançáveis pelas demais políticas, significa reconhecer que os sujeitos dessas políticas não podem ser fragmentados por suas demandas e necessidades.

A terceira categoria que permeia o teor das produções teóricas que têm a intersetorialidade como objeto das reflexões é a “Complexidade”, supondo a coexistência de uma multiplicidade de fenômenos presentes na realidade social ou de situações e processos de múltiplas determinações (políticas, econômicas, sociais, culturais), cujas relações de interdependência a torna de difícil compreensão ou explicação.

A intersetorialidade, como estratégia de gestão, é assim apontada como uma exigência à compreensão e aprofundamento das variadas causas e dimensões dos problemas sociais em suas diferentes formas de manifestação. Nessa vertente, Monnerat e Souza (2010, p. 208) salientam que “o ponto forte da proposta de intersetorialidade é a possibilidade de

se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais”.

Essa compreensão é compartilhada por Bidarra (2009, p. 484) ao afirmar: “Se a realidade é constituída de aspectos multidimensionais, nenhuma ação isolada tem a possibilidade de abranger e esgotar a variedade de aspectos desta realidade”. As formas de gestão segmentadas e a atuação insulada e setorializada das políticas não conseguem dar respostas resolutivas aos desafios impostos pela complexidade da realidade social.

Isso traz a ideia de que, partindo das especificidades e experiências particulares de cada política social, é possível potencializar as ações, mediante estratégias conjuntas de intervenção e ampliando a capacidade de enfrentamento de problemas complexos, que dificilmente seriam equacionados com a atuação isolada de cada uma das políticas. Nesta direção, sinaliza a necessidade de estratégias mais coletivas de gestão.

A associação da intersectorialidade com a complexidade está presente também nas produções de autores que discutem a política de saúde, a partir do reconhecimento de que as determinações do processo saúde-doença são complexas, assim como a proposta de promover a saúde. Na análise de Campos (2003), há uma multiplicidade de fatores complexos que interferem neste processo, impondo desafios, tanto do ponto de vista técnico como político. Essa multideterminação coloca a necessidade de envolvimento de outras instâncias que se encontram fora do setor saúde, uma vez que, de forma isolada, não há como alcançar esse objetivo. Isso significa o estabelecimento de ações intersectoriais, entendendo que esta articulação permite que cada área/setor ofereça contribuições para a solução dos problemas “de saúde”.

Com base nesses argumentos, constata-se que a relação intersectorialidade/complexidade está no fato de que a articulação intersectorial cria possibilidades para a definição de estratégias conjuntas para o enfrentamento de problemas concretos e complexos que extrapolam os limites das competências de cada um dos setores.

A quarta e última categoria identificada nas produções teóricas é o “Território”, um conceito que vem sendo objeto de reflexões e debates em diferentes áreas de conhecimento. Nas discussões no âmbito da gestão de políticas sociais são significativas as contribuições do geógrafo Milton Santos, cuja influência pode ser identificada nas produções dos autores que tratam da relação intersectorialidade/território.

Para Santos (2000, 2007), o território deve ser entendido a partir de sua utilização por uma dada população. É o “território usado”, que envolve o chão e a população, ou seja, a identidade dos que nele vivem.

Partindo dessa compreensão, Koga (2003, p. 296) afirma que o território “permite esta consideração das totalidades dos lugares e das pessoas, das diferenças e desigualdades e das potencialidades [e] traz conseqüentemente à tona a questão da intersectorialidade”. Afirma, portanto, que, a atuação na perspectiva territorial faz emergir a necessidade de articulação intersectorial.

A autora ainda destaca que a intersetorialidade se configura, sobretudo, pela definição de estratégias comuns, a partir de um lugar comum de ação, devendo constituir-se instrumento de mobilização de recursos e potencialidades locais considerados em sua totalidade territorial. (KOGA, 2003).

Para Raichelis (2006, p. 211), é no território – terreno das políticas públicas que “[...] se concretizam as manifestações da questão social em suas múltiplas dimensões, e onde se criam os tensionamentos e as possibilidades para seu enfrentamento”.

É no território que o homem concreto vivencia cotidianamente as contradições existentes no conjunto da sociedade. Portanto, nele se expressa a complexidade da realidade social, exigindo articulações entre as políticas na perspectiva da intersetorialidade.

Ainda é importante destacar que Sposati (2011) sinaliza que a leitura territorial associada à perspectiva da intersetorialidade, para além das análises das demandas e das respostas das atenções de cada política, permite que sejam observadas e verificadas as reais condições de vida dos cidadãos que vivem em determinado território. Essa modalidade de leitura contribui significativamente para a ampliação da cobertura de cada uma das políticas, para a extensão da intersetorialidade entre as políticas e, sobretudo, para a construção de políticas sociais de caráter universal.

Foi, portanto, tendo como referência estas categorias que se buscou apreender como a intersetorialidade está disposta na normatização, como está delineada na planificação das políticas no âmbito dos municípios e como os diferentes atores envolvidos na gestão a interpretam, identificam as dificuldades e apontam desafios para a sua efetivação como estratégia de gestão.

3. A INTERSETORIALIDADE NA NORMATIZAÇÃO, PLANIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Os dados coletados na pesquisa documental e empírica foram sintetizados a partir de três eixos de análise que permitem identificar e compreender os aspectos que se destacam a respeito da intersetorialidade no marco regulatório das políticas de saúde e assistência social e como está incorporada no processo de gestão no âmbito dos municípios.

3.1 Intersectorialidade na normatização

Na análise dos principais documentos que compõem o marco regulatório das políticas de assistência social e saúde (leis orgânicas, normas operacionais, políticas nacionais e outros) foi possível constatar que:

- Embora o conceito intersectorialidade se faça mais presente e com maior clareza na Política de Assistência Social, as referências a este conceito vêm ocupando espaço relevante nas duas políticas.
- Nas inúmeras referências constantes nos documentos, a intersectorialidade, que figura sob diferentes termos: integração, parcerias, interface, articulação e propriamente intersectorialidade, é apontada como orientação para o processo de sua gestão, a partir do reconhecimento de que, parte significativa das demandas que chegam aos serviços, transcendem as especificidades de um único setor.
- No Campo da saúde, a intersectorialidade está posta com maior ênfase nos documentos que tratam da atenção básica (ou primária), notadamente, na Política de Promoção à Saúde, cujas ações estão voltadas para situações que constituem competências de outros setores, porém têm impacto nas condições de saúde das populações. Nesta direção, pode ser identificada uma certa endogenia deste setor, uma vez que a articulação entre as políticas é posta como uma estratégia voltada à produção de melhores resultados de saúde.
- Para resolver os complexos problemas identificados neste nível de atenção, há necessidade de conhecimentos também complexos que podem ser obtidos por meio da articulação de saberes acumulados nos diferentes setores. Logo, a intersectorialidade é pautada pela complexidade das demandas e das respostas exigidas por esse nível de atenção.
- Na política de assistência social, verifica-se que, por tratar-se de uma área que atua com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais, a intersectorialidade vem sendo apontada como uma necessidade, já nos primeiros documentos que a regulamentaram.
- Contudo, é especialmente a partir de 2004, com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), que a intersectorialidade ganha maior visibilidade, passando a ser considerada como requisito para a garantia de direitos de cidadania. Na PNAS, a intersectorialidade é associada à descentralização e territorialização, como bases organizacionais do Sistema Único de Assistência Social;
- Nas duas políticas as referências à intersectorialidade estão, de forma mais intensa, no desenho dos programas dos governos, a exemplo do Programa Bolsa Família, Estratégia Saúde da Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e outros.
- De forma geral, a intersectorialidade é apontada como forma de enfrentamento da excessiva setorialização, que produz fragmentação; como possibilidade de compreensão da complexidade da realidade social e suas determinações; volta-se à atenção/proteção integral dos usuários das políticas; está associada à noção de território especialmente na atenção/proteção social básica; e é indicada desde a etapa de planejamento das políticas.

3.2 INTERSETORIALIDADE NA PLANIFICAÇÃO

O exame dos Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social, do período 2014-2017, e a análise do conteúdo das entrevistas realizadas com profissionais que atuam nos órgãos gestores municipais das respectivas políticas, diretamente envolvidos com o processo de planejamento, demonstram que:

- Há inúmeras referências, em seus objetivos, justificativas e fundamentação, a conceitos como: alternativas emancipatórias, enfrentamento da vulnerabilidade social, defesa e afirmação de direitos, melhoria da qualidade de vida e integralidade, cuja amplitude pressupõe a articulação entre as diferentes políticas. Contudo, as estratégias previstas nos referidos Planos permanecem focadas em ações que se restringem a um único setor.
- Em algumas circunstâncias, a intersectorialidade é apontada como diretriz e, no entanto, as ações e estratégias não trazem quaisquer outras menções à articulação intersectorial, revelando a ausência de conexão entre os diversos itens que os Planos comportam.
- Foi identificado maior número de referências à intersectorialidade, ou a outros termos que a ela se associem, especialmente na atenção básica da saúde ou na proteção social básica da assistência social. Pressupõe-se que isso se deve ao fato de serem mencionadas também com maior frequência nos documentos legais e normativos das políticas e no desenho dos programas desse nível de atenção.
- Para os entrevistados, de todos os municípios, a intersectorialidade depende da vontade e decisão dos gestores das pastas, sobretudo, do gestor municipal. Dessa forma, afirmam que, se consistisse em uma direção da administração, haveria maiores possibilidades de se efetivar no âmbito do planejamento. Portanto, compreendem que a intersectorialidade, desde a planificação, além de uma questão técnica, consiste em uma decisão política.
- Os Planos, de forma geral, são constituídos muito mais para cumprir exigências previstas nas normatizações ou nos programas aos quais os municípios aderem, do que como instrumento de orientação das políticas. Isso se faz notar especialmente na transcrição literal de fragmentos de textos das normativas e das diretrizes e metas previstas em Programas de outras esferas de governo.

A esse respeito, Campos (2013, p. 19) afirma que, “[...] ainda pesa sobre nós a cultura do planejamento reativo ou mesmo o desapego pelo planejamento. [...] Em grande parte dos municípios não são referências valorizadas para a orientação cotidiana da gestão”.

Portanto, a articulação no planejamento, seja entre as próprias políticas, seja entre

as políticas e os demais instrumentos do planejamento público, coloca-se como um desafio que passa pelo preparo da equipe técnica e dos gestores públicos, tanto em relação à legislação pertinente a cada política, em particular, quanto à administração pública de forma geral. Contudo, não se limita a estas questões técnicas. É preciso decisão dos agentes públicos envolvidos na gestão das políticas e dos municípios a fim de que seja reconhecido o importante papel dos Planos como instrumentos políticos, indispensáveis à gestão das políticas sociais, na perspectiva da universalidade e da integralidade da proteção social.

3.3 Intersetorialidade na implementação

Nesta etapa da pesquisa, os dados foram coletados mediante a realização de grupos focais com os conselheiros municipais das respectivas políticas.

São apontados, a seguir, alguns aspectos que se destacam na análise dos depoimentos:

- Para os participantes, a atuação isolada das políticas sociais não vem produzindo resultados que promovam impactos nas condições de vida da população usuária dos serviços por elas ofertados.
- A intersetorialidade é concebida pelos participantes como: espaço de comunicação, diálogo e troca de informações entre as políticas; “união”, “cooperação” entre os setores para o alcance de objetivos comuns; alternativa para a apreensão do usuário na integralidade de suas necessidades; complementaridade entre os setores, por meio da articulação em redes e que não se confunde com a lógica de encaminhamento.
- Sobre os benefícios da intersetorialidade, os participantes apontam que atuação intersetorial permite a potencialização das ações e dos resultados, a integralidade da atenção/proteção social e possibilita a obtenção de resultados que promovam impactos nas condições de vida da população.
- Identifica-se, portanto, uma apropriação conceitual da intersetorialidade e dos benefícios que ela pode proporcionar: na organização dos serviços e nos atendimentos aos usuários. Por isso compreendem que amplia a capacidade de interferência sobre os problemas e o desempenho de cada uma das políticas.
- Que mesmo com esse reconhecimento, indicam, como experiências de atuação intersetorial, ações pontuais e sem relação com as ações previstas nos Planos de Saúde e Assistência Social dos municípios. De forma geral, fazem referência a programas de outras esferas de governo que têm a intersetorialidade como princípio e diretriz organizativa. Todavia, reconhecem que, mesmo nestes, a articulação intersetorial não se efetiva de acordo com

as orientações contidas em seu desenho. Portanto, não obstante a intersetorialidade esteja contida nas normatizações das políticas, no formato dos programas federais e estadual, e de haver entre os participantes uma apreensão de seu conceito e dos benefícios que ela possa trazer tanto na organização dos serviços quanto no atendimento dos cidadãos em sua integralidade, a intersetorialidade não tem se materializado no cotidiano da implementação destas políticas, no âmbito dos municípios estudados.

- Que da reflexão sobre essa contradição, indicaram as dificuldades enfrentadas, entre as quais sobressaem: a sobrecarga dos serviços decorrentes das condições objetivas de trabalho, expressas especialmente na incompatibilidade entre quantidade e tipo de demandas (imediatas) que chegam aos serviços e a quantidade de trabalhadores disponíveis; o despreparo dos gestores das pastas, resultantes das ingerências político-partidárias, e as características predominantes na sociedade atual, tais como o individualismo e a fragmentação de todas as esferas da vida, que contribuem para a banalização do coletivo e do social.
- Diante dessas e de outras dificuldades mencionadas e admitindo que a intersetorialidade constitui uma estratégia com potencial para o enfrentamento da fragmentação entre as políticas, apontam os desafios para a efetivação da intersetorialidade, que não depende somente da “boa vontade” e do perfil do trabalhador que está na execução da política, especialmente no âmbito dos territórios. A intersetorialidade é entendida, sobretudo, como resultado de decisões políticas dos gestores municipais e das políticas sociais, trabalhadores, conselhos e sociedade.

Isto considerado, entende-se que os participantes indicam a possibilidade de que a intersetorialidade se materialize no processo de implementação das políticas sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersetorialidade, assim como a política social, possui uma dimensão político-ideológica. Portanto sua adoção como estratégia de gestão de políticas sociais pode ser utilizada em uma perspectiva de extensão e democratização de direitos sociais ou de racionalização de custos, na direção de um Estado Mínimo.

Assim, não obstante as diretrizes postas na normatização das políticas, pode-se constatar que foram poucas as indicações de articulações intersetoriais na planificação e, sobretudo, verificou-se que o que está posto nos textos dos planos, não se expressa no cotidiano da implementação das políticas.

No processo de implementação há dificuldades na materialização desta concertação intersetorial que, na análise dos depoimentos dos sujeitos do estudo, indicam que são obstáculos que passam por questões de ordem conjuntural, histórica e política.

Houve entre os participantes do estudo a compreensão de que os desafios da articulação intersetorial passam, também, por decisões políticas, sobretudo, dos gestores municipais (prefeitos) e das políticas (secretários).

Esta posição sinaliza que, além de um caráter técnico, a intersetorialidade possui uma natureza política. Portanto, no âmbito dos municípios, para se constituir em uma estratégia de gestão, deve se contar com o comprometimento e apoio daqueles que ocupam as funções de direção, os gestores municipais e/ou das políticas.

Por fim, cabe registrar que se compreende que a intersetorialidade, como estratégia de gestão, não supera a forma de organização setorializada das políticas sociais. Sobretudo, não muda a forma como o Estado, no modo de produção capitalista, enfrenta as expressões das desigualdades sociais. Contudo, pode contribuir, significativamente, no enfrentamento da ausência de articulação, de comunicação e da fragmentação das políticas sociais, que impedem a visão de totalidade da realidade social e a garantia da integralidade da proteção social.

REFERÊNCIAS

BIDARRA, Zelimar Soares. Pactuar a intersetorialidade e tramar redes para consolidar o sistema de garantia de direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 99, p. 483-497, jul./set. 2009.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, Edval Bernardino. A gestão na efetivação do SUAS. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 30, p. 15-24, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_Saúde>. Acesso em: 10 jul. 2012.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: Concurso de Ensayos del Clad “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades Y Limitaciones”, 11., 1997, Caracas. *Anais...* Caracas, 1997.

KOGA, Dirce. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.

- MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.
- MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosemary Gonçalves. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social*, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2010.
- NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Luiz Teixeira; SOUZA, Rosimary Gonçalves (Org.). *A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*. Campinas: Papel Social, 2014. p. 23-39.
- RAICHELIS, Raquel. Articulação entre os conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 109-116, mar. 2006.
- SANTOS, Milton. *Por uma globalização do pensamento único à consciência universal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- _____. *O espaço do cidadão*. 7. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.
- SPOSATI, Aldaiza. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.
- _____. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. *Katálisis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.
- YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 110. p. 288-322, abr./jun. 2012.

Limites e possibilidades do trabalho do Assistente Social com medidas socioeducativas em meio aberto

Nathália de Medeiros Gouveia¹
Maria Aparecida Ramos de Meneses²
Marcelo Gallo³

RESUMO

O presente artigo é parte de uma dissertação de mestrado e têm por objetivo identificar quais são os limites e possibilidades postos ao trabalho do Assistente Social no processo de acompanhamento dos adolescentes inseridos no Serviço de Proteção Social a adolescente em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto ofertado nos CREAS municipais de João Pessoa-PB. Será composto por uma breve explanação do cenário atual da Política de Atendimento Socioeducativo por meio do ECA-SINASE-SUAS, bem como serão destacados os limites e possibilidades ao trabalho do assistente social através de alguns dados da pesquisa de campo realizada no mês de junho do corrente ano com as 10 (dez) Assistentes Sociais que compõem as equipes multiprofissionais dos 4 (quatro) CREAS do município de João Pessoa/PB.

PALAVRAS CHAVES: SINASE. SUAS. Medidas Socioeducativas em Meio Aberto. Proteção Social.

1. Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2016). Residente em Saúde Hospitalar - Ênfase em Paciente Crítico pela Universidade Federal da Paraíba. Tem como principais áreas de atuação: Assistência Social; Saúde; Políticas Sociais; Gênero; e Crianças e Adolescentes.

2. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2001). Professora associada do DSS/UFPB. Exerceu a função de Chefe Departamento de Serviço Social da UFPB. Coordenadora da Pós graduação em Serviço Social -PPGSS/UFPB. Secretária de Estado do Desenvolvimento Humano da PB.

3. Doutor em Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2013). Pós-doutorado no Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (2014). Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2015) e Pós-doutorado em andamento Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2016-2019).

ABSTRACT

The present article is part of a master's degree job and have the objective to identify what are the limits and possibilities put to Social Assistent in the monitoring process of adolescents inserted in Social Protection Service for adolescents on the socio educating measures in open medium, offered by municipal CREAS of the city of João Pessoa/PB. It will be consist of the a brief explanation of the present scenario of socio educating Services Policy through ECA-SINASE-ITS, and it will detach the limits and possibilities to social assistent's job through of the some field collected data about survey conducted realized in June of the present year, with ten (10) Social Assistent who are participants of the multi-professional teams of four (4) CREAS of the city of João Pessoa/PB.

KEYWORDS: SINASE.SUAS, Socioeducative Measures in, Social Protection.

INTRODUÇÃO

**“Do rio que tudo arrasta diz-se que é violento.
Mas ninguém diz violentas as margens que o comprimem”.**

Bertolt Brecht

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA estabelecido pela Lei nº 8.069/90 para plena efetivação dos direitos infante-juvenis, vem romper com os paradigmas do revogado “Código de Menores” cujo caráter discriminatório tratava a questão pobreza como “delinquência” associando os mais pobres à “desordem”.

As mudanças advindas do ECA referente aos adolescentes que se encontram em conflito com a lei necessitava de uma política pública destinada a essa área e foi quando se formulou o SINASE.

O CONANDA deu o pontapé inicial para normatizar a atuação dos organismos em torno do atendimento socioeducativo e no ano de 2002 contou com a contribuição da Secretaria Especial dos Direitos Humanos - SEDH, da Presidência da República, com o Fórum Nacional de Organizações Governamentais de Atendimento à Criança e ao Adolescente - FONACRIAD e com a Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e Juventude - ABMP para debater a temática através de encontros em âmbitos estaduais e

regionais e um encontro nacional com a presença de juízes, promotores de justiça, técnicos e gestores de entidades e/ou programas de atendimento socioeducativo e conselheiros de direitos para a construção do SINASE.

E no ano de 2006 foi aprovada e publicada a resolução nº 119 pelo CONANDA, no qual, estabeleceu o SINASE. Frente às opções de medidas socioeducativas, elencadas acima, o SINASE, define que as medidas restritivas de liberdade devem ser aplicadas somente em caráter excepcional e o mais breve possível, pois a socioeducação preconizada pelo Sistema é pautada em princípios de direitos humanos e na efetivação dos direitos fundamentais constitucionalmente previstos (BRASIL, 2012). Nesse sentido o SINASE primazia pela aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto.

Diante disto, a interface do Sistema Único da Assistência Social - SUAS com o SINASE se dá através dos parâmetros definidos para a oferta de seus serviços e se integram na medida em que, o primeiro, normatiza os serviços socioassistenciais voltados para crianças e adolescentes e suas famílias, e o segundo normatiza a atuação da Assistência Social como constituinte do Sistema de Garantia de Direitos.

Essa interface demanda a intervenção profissional do assistente social limites e desafios no processo de acompanhamento das medidas socioeducativas em meio aberto. Assim, pretende-se neste artigo explicar a política de atendimento socioeducativo e identificar os limites, desafios e possibilidades do trabalho do assistente social na viabilização dos direitos de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto. E para essa reflexão serão apresentados dados da pesquisa “O Trabalho do Assistente Social e as Medidas Socioeducativas em Meio Aberto”, desenvolvida pelos autores deste artigo.

MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS EM MEIO ABERTO: O SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL A ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

O Sistema Único de Assistência Social - SUAS tem a organização da oferta dos programas, projetos, serviços e benefícios pautados na proteção social estruturada por níveis de complexidade, a saber: Proteção Social Básica - PSB e Proteção Social Especial – PSE (média e alta complexidade) e suas respectivas unidades públicas estatais, o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, vinculada ao território como referência.

As medidas socioeducativas em meio aberto são incorporadas a proteção social especial de média complexidade por meio do Serviço de Proteção a adolescentes em cumpri-

mento de medidas socioeducativas executadas no CREAS, pois parte-se do entendimento de que o adolescente em conflito com lei tem seus direitos ameaçados ou violados. Nesse sentido,

O Serviço de MSE em Meio Aberto de LA e de PSC é um dos serviços socioassistenciais que compõem a média complexidade, já que exige maior estruturação técnico-operacional, atenção especializada e individualizada, bem como acompanhamento sistemático e continuidade de sua oferta. (BRASIL, 2006, p.39 e 40).

O SINASE enquanto normativa do atendimento socioeducativo vem direcionar ao SUAS a oferta atendimento socioeducativo em meio aberto. Contudo, ao tempo em que alguns aspectos da proposta do SINASE comunga com os mesmos preceitos da assistência social, no tocante à defesa de direitos a adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, visando a reconstrução de seus projetos de vida – e nesse sentido entendemos que esta relação é um ganho para ambos os lados, para a sociedade e principalmente para os adolescentes em conflito com a lei e suas famílias; por outro lado, ao alinhar às disposições legais do SINASE, incorpora em seus objetivos a responsabilização do adolescente autor de ato infracional, contemplando assim, o atendimento voltado a proteção social e a responsabilização do adolescente. Este último fator, merece uma reflexão aprofundada para que não se caia no dilema entre punição e socioeducação que ainda persiste nas práticas socioeducativas.

De acordo com as orientações técnicas ao Serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (BRASIL, 2016, p. 75):

Esse cenário provoca tensionamento no atendimento socioeducativo, revelando limites entre a defesa de direitos e a responsabilização, duas dimensões que devem se conciliar, concomitantemente, no cumprimento de uma medida socioeducativa. Essa contradição se impõe como desafio à equipe de referência, obrigando-a a estabelecer diferenciação, durante o acompanhamento, entre a dimensão que envolve a resposta necessária (responsabilização) do adolescente ao ato infracional cometido e a dimensão que se refere ao acesso a direitos (proteção social).

Essa, ainda é uma questão que gera muitas contradições, principalmente ao profissional da assistência social que é formado para ter a capacidade de desvendar o aparente e entender as reais contradições entre capital x trabalho que geram na sociedade, multifacetadas expressões da questão social. Então, assiste-se a indivíduos e famílias que são inseridos num contexto de desigualdades sociais e negação de direitos, e que ao mesmo tempo são responsabilizados pelas “infrações” cometidas por eles ao sistema, a ordem.

No cotidiano, nos CREAS, o assistente social é um dos profissionais designado a realizar o acompanhamento de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto e no processo de trabalho é tensionado pelas legislações que estabelecem uma Política de Atendimento Socioeducativo que preze pela qualidade do serviço ofertado e que garanta através da teoria da incompletude institucional, acesso as políticas sociais e setoriais de que necessitem os adolescentes visando à proteção social e a garantia de direitos humanos, mas, por outro lado temos em vigência um projeto societário de ideário neoliberal que requer um Estado com funções mínimas em relação ao social e, máximas para o capital, ou seja, - restringe as políticas sociais à classe social menos favorecida, ou seja, “os pobres mais pobres”, reduzindo-as a medidas compensatórias, paliativas e focalizadas - impactando diretamente o processo de trabalho do assistente social e acima de tudo o serviço ofertado aos adolescentes e suas famílias.

Neste artigo perceberemos na fala das entrevistadas os efeitos do ideário neoliberal na oferta dos serviços prestados no CREAS, em especial, aos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

As medidas socioeducativas em meio aberto no município de João Pessoa – PB são acompanhadas por uma equipe multiprofissional dos CREAS, composta por coordenadores, psicólogos, educadores sociais e assistentes sociais. Contudo, delimitamos como sujeitos da pesquisa os assistentes sociais em razão de ser uma profissão que tem uma aproximação maior com a vida dos indivíduos que demandam seu exercício profissional, conforme assevera Martinelli, pois somos:

[...] profissionais que chegamos o mais próximo possível da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos. Poucas profissões conseguem chegar tão perto deste limite como nós. É, portanto, uma profissão que nos dá uma dimensão de realidade muito grande e que nos abre a possibilidade de construir e reconstruir identidades – a da profissão e a nossa – em um movimento contínuo. (Martinelli, 2006, p. 2)

Compreendendo que o trabalho profissional do Assistente Social objetiva uma prática transformadora e comprometida com a possibilidade de intervir na realidade torna-se necessário à existência do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo, previsto pelo SINASE e de responsabilidade dos municípios que deve contar com uma rede articulada e integrada – conforme o princípio da incompletude institucional – entre as políticas setoriais que desenvolva os atendimentos aos adolescentes em conflito com a lei e suas famílias; com a definição dos recursos humanos necessários a desenvolver os atendimentos; previsão de qualificação profissional continuada; recursos financeiros; definição do fluxo de atendimento; entre outros direcionamentos necessários para o desenvolvimento das medidas socioeducativas e garantia dos direitos dos adolescentes e jovens.

Contudo, de acordo com a fala de algumas entrevistadas identificamos que “O plano ainda esta sendo construído, inclusive nós temos dois dias de oficinas marcadas com os meninos, pois a comissão do plano vai realizar. (Entrevistada 7)

Visto que o Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo ainda encontra-se em construção indagamos as entrevistadas quais as implicações da não existência do plano no processo de atendimento das medidas socioeducativas em meio aberto.

E de acordo com o relato da entrevista 8 “a inexistência limita a melhoria do atendimento socioeducativo, de um planejamento sistemático e estratégico que atenda o adolescente em cumprimento de medida”; assim verificamos que a entrevistada acredita que a inexistência do Plano Municipal de Atendimento corrobora para a limitação de um atendimento planejado, sistemático e com a responsabilização de todos os setores envolvidos.

Um outro fator importantíssimo na oferta de serviços direcionados às medidas socioeducativas são os espaços de formação continuada para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, conforme assevera Couto (2010),

Por ser uma área de prestação de serviços, cuja mediação é o próprio profissional, o trabalho da assistência social está estrategicamente apoiado no conhecimento e na formação teórica, técnica e política de seu quadro de pessoal, e nas condições institucionais de que dispõe para efetivar sua intervenção. (p. 58)

Em consonância com o entendimento da autora e com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS - NOB RH/SUAS (2006, p. 17), na qual estabelece que a gestão do trabalho no SUAS “promova a qualificação de trabalhadores, gestores e conselheiros da área, de forma sistemática, continuada, sustentável, participativa, nacionalizada, e descentralizada, com a possibilidade de supervisão integrada”. Frente a estas, questionamos a entrevistada quanto à participação em espaços de qualificação-reflexão sobre a temática medidas socioeducativas e nos foi colocado que:

Sim, quando houve a municipalização das medidas socioeducativas foram realizados dois seminários. E eu conclui uma curso realizado na modalidade EAD pela Secretaria de Direitos Humanos em parceria com a UNB sobre medidas socioeducativas e estou fazendo um curso sobre o fortalecimento da gestão nas medidas socioeducativas. (Entrevistada 8)

O relato aponta que o espaço de qualificação-reflexão ocorreu de forma pontual no período da municipalização e também que acessam por própria iniciativa, de forma espontânea. Nesse sentido, o relato nos revela que a qualificação dos profissionais para oferta dos serviços é

um desafio à realidade do trabalho desenvolvido nos CREAS – que abarca uma enorme demanda do PAEFI e das MSE comprometendo a qualificação-reflexão do processo de trabalho.

O primeiro passo para acompanhamento dos adolescentes e suas famílias no processo de acompanhamento do cumprimento da medida socioeducativa, dar-se-á por meio do acolhimento. Que de acordo com o caderno de orientações técnicas do Serviço de MSE em meio aberto tem como objetivo, propiciar o vínculo inicial para o desenvolver do trabalho de reconstrução de projetos de vida e superação de situações de violações de direito que levem ao ato infracional:

O contato inicial do técnico com o adolescente e sua família pressupõe um ambiente favorável ao diálogo que propicie a identificação de vulnerabilidades, **necessidades e interesses**, contribuindo, assim, para o estabelecimento de vínculos de confiança e para a criação das bases da construção conjunta do Plano de Atendimento Individual – PIA. (BRASIL, 2016, p. 87) grifo nosso.

Identificamos no relato da entrevistada 8 os elementos que compõem o acolhimento, como a natureza e os objetivos das medidas socioeducativas; suas implicações na vida do adolescente e da família; a importância desse momento inicial para conhecer o contexto em que está inserida a família, conforme descrito abaixo:

Recebemos o encaminhamento do juizado, marcamos atendimento para os adolescentes e a família. **No primeiro atendimento conhecemos o adolescente, a família, o contexto familiar, socioeconômico, educacional, enfim conhecê-los e ajudar a traçar o perfil dele.** (Entrevistada 8) grifo nosso.

Contudo, também identificamos que existe um aprisionamento por parte das profissionais as determinações judiciais sem se atentarem para as necessidades e interesses dos adolescentes e suas famílias quanto aos serviços a serem inseridos. Aqui percebemos um impasse entre a proposta da Assistência Social frente às imposições do judiciário, muito bem colocadas no relato da entrevistada 7 - “*explicamos tudo que está no termo, que ele tem que cumprir; que tem que estar na escola; às vezes vem determinado que tem que encaminhar ao CAPS, então a partir do que tem na medida nós realizamos o acompanhamento*”. Nesse sentido, Couto (2010, p. 43) a acolhida deve garantir,

Ações profissionais que visem o desenvolvimento de capacidades e habilidades para que indivíduos e grupos possam ter condições de exer-

citar escolhas, conquistar maiores possibilidades de independência pessoal, possam superar vicissitudes e contingências que impedem seu protagonismo social e político [...].

Nessa perspectiva fica evidente que o acolhimento ao adolescente em conflito com a lei e a sua família é permeado por contradições.

No processo de acompanhamento das medidas socioeducativas em meio aberto, os profissionais utilizam um dos instrumentos de trabalho o Plano de Atendimento Individual – PIA que é considerado pelo SINASE um instrumento fundamental neste processo. De acordo com o SINASE, o PIA

Constitui-se numa importante ferramenta no acompanhamento da evolução pessoal e social do adolescente e na conquista de metas e compromissos pactuados com esse adolescente e sua família durante o cumprimento da medida socioeducativa (BRASIL, 2006, p. 52).

A elaboração do PIA deve acontecer de forma conjunta entre o técnico do CREAS, o adolescente e sua família. Este instrumento é amplo e se constitui por vários tópicos, como: identificação do adolescente e sua família; composição familiar; contexto socioeconômico; levantamento de dados sobre prática/histórico infracional; educação; saúde; iniciação profissional/mundo do trabalho; crença religiosa; relações afetivas, de amizade e de gênero; lazer, cultura e esporte; sondagem das aptidões, habilidade e motivações; atividades de integração familiar; construção de metas com o adolescente e a família a partir do estudo de caso com a equipe; entre outros.

É importante destacar, para que o PIA tenha resolutividade neste processo de cumprimento de medidas socioeducativas se faz necessário que o SGD de adolescentes e jovens esteja em pleno funcionamento, pois como construir metas voltadas para saúde, educação, esporte, cultura, lazer, profissionalização e demais políticas setoriais se não existir oferta destes serviços?

Nesse sentido, visto que esse instrumento é obrigatório no desenvolvimento das medidas socioeducativas questionamos as entrevistadas como ele é elaborado e como ocorre a intersetorialidade com o SGD.

Quanto à construção:

No primeiro atendimento iniciamos o PIA que passa por vários aspectos da vida do adolescente - saúde, educação, profissionalização, família, e fazemos em conjunto assistente social e psicólogo; então sentamos para analisar e fazer um diagnóstico e depois damos continuidade com a construção das metas e eles estão sempre com o responsável e depois

fica o atendimento sistemático. Agora o tempo vai depender muito do processo de construção com o adolescente - cada um tem seu tempo.
(Entrevistada 10)

Percebemos no relato, que existe uma efetiva articulação entre os órgãos CREAS e Vara da infância e da juventude no município de João Pessoa-PB, pois apesar de terem ciência do prazo estabelecido em lei de 15 dias para construção do PIA, há o entendimento de que nem sempre o profissional que acompanha a medida e elabora o PIA com o adolescente e sua família irá conseguir realizá-lo no prazo determinado, em virtude das particularidades de cada medida socioeducativa a ser acompanhada. Nesse mesmo entendimento, Frasseto (2012) destaca que:

Nem sempre os programas e serviços encontram as condições para um exame meticoloso do caso em tempo hábil, para indicar e conseguir atendimento especializado e para alcançar a participação e o envolvimento efetivo do adolescente e da família como prevê o Art.53 da lei (p. 47).

Já em relação com a intersetorialidade com o SGD:

Eu vejo que acontece de forma deficiente, primeiro não tem instrumentos que viabilizam essa intersetorialidade e ***também para que ela aconteça de forma efetiva seria preciso que esse usuário fosse objeto de todos, objeto no sentido de responsabilidade de todos, mas não acontece assim. O usuário do CREAS vai ser sempre o usuário só do CREAS.***
(Entrevistada 2) grifo nosso.

Temos uma relação mais próxima com o juizado, mas também tem os outros atores como Conselho Tutelar, Saúde, Educação e realizamos encaminhamentos quando necessário, o contato se faz dessa forma.
(Entrevistada 10) grifo nosso.

Nas falas identificamos a reafirmação de uma efetiva articulação com o Poder Judiciário, mas também vislumbramos os entraves existentes nas demais políticas setoriais. E o que mais chamou a atenção foi à restrição dos encaminhamentos a educação, saúde, conselho tutelar e assistência social, em nenhum momento apareceu nas falas a respeito do SGD as políticas setoriais de esporte, lazer e cultura. Que ao nosso olhar são serviços essenciais para o processo de fortalecimento de vínculos comunitários, bem como possuem uma dimensão educativa, social e de bem estar e cuidado com a saúde psíquica e física como assevera Oliveira et al:

[...] o período de lazer é fundamental para o desenvolvimento do jovem,

auxilia tanto no físico como o social, proporciona o alívio das tensões individuais devido a problemas sociais. É um elemento de integração com outras pessoas e possibilita o desenvolvimento de seu repertório cultural. [...] Juntamente com o lazer, a prática de esporte [...] estimula a socialização e eleva a autoestima do sujeito, podendo também servir como um “antídoto” natural de vícios. A prática de um esporte proporciona benefícios também no desenvolvimento moral e na formação do caráter do adolescente, além de exigir responsabilidade para com o grupo, pois pede o cumprimento de regras do jovem para situações de frustração, situações estas que ninguém escapa de enfrentar. É na derrota ou ao ser preterido para o time, por exemplo, que o jovem experimenta este sentimento, e a prática do esporte possibilita que o enfrente de forma saudável, sem recorrer a uso de drogas (lícitas ou ilícitas). (OLIVEIRA et al, S/D)

Quanto à profissionalização, nos deparamos com a escassez da oferta de cursos que ocorrem de forma pontual, além da problemática da escolarização dos adolescentes conforme podemos identificar nos seguintes relatos:

Teoricamente era para existir! Mas não tivemos nenhum encaminhado ao mundo do trabalho por conta da questão da escolaridade, pois a parceria que ***nós temos é com o CIEE e para se inserir nos programas como jovem aprendiz é necessário ter escolaridade, então eles não se encaixam no perfil.*** E a outra maneira de inserção é através do PRONATEC que esse ano ainda não teve uma lista de cursos. Então infelizmente estamos sem opções. (Entrevistada 2) grifo nosso.

Diante do exposto torna-se urgente e necessário o investimento de recursos públicos, capazes de dar o suporte para a oferta de serviços voltados ao lazer, esporte e cultura e profissionalização. Nesse sentido, Volpi destaca que:

Antes de tudo é preciso que o Estado organize políticas públicas para assegurar com prioridade absoluta, os direitos à convivência familiar e comunitária, à saúde, à educação, à cultura, esporte e lazer, e demais direitos universalizados, será possível diminuir significativamente a prática de atos infracionais cometidos por adolescente (VOLPI, 2002, p.22).

No tocante as medidas de Liberdade Assistida, verificamos que existe uma grande dificuldade em garantir o atendimento com frequência regular semanal para os adolescentes e o acompanhamento quanto ao desempenho escolar, conforme relatos abaixo.

Eles se apresentam ao serviço uma vez ao mês e construímos o PIA e a partir daquele plano construímos metas que eles têm que cumprir durante esse processo dele e **todo mês**

fazemos esse acompanhamento justamente para saber se ele está cumprindo a determinação judicial e as metas (Entrevistada 4) grifo nosso.

Os adolescentes vêm todo mês ao acompanhamento e dialogamos e **também pedimos que regulamente declarações da escola para saber se realmente está na escola e vê como ele está se comportando..** (Entrevistada 6)

As falas ilustram a fragilidade em que são desempenhados os acompanhamentos às medidas socioeducativas de liberdade assistida. No tocante a frequência dos acompanhamentos vislumbramos o comprometimento da qualidade do vínculo entre o profissional, o adolescente e sua família para assegurar o caráter pedagógico da medida socioeducativa; quanto a questão escolar, o caderno de orientações técnicas: serviço de medidas socioeducativas em meio aberto (BRASIL, 2016, p. 99) frisa que “Cabe ainda ao acompanhamento individualizado o monitoramento da frequência e do desempenho escolar”, assim percebemos a redução do acompanhamento do desempenho escolar ao mero monitoramento da frequência; e por fim a falta de clareza quanto ao principal objetivo desta medida - construção/reconstrução de projetos de vida em detrimento do aprisionamento às determinações judiciais.

Quanto a PSC, o que vai diferenciar do processo de acompanhamento é a atividade desenvolvida pelos adolescentes e veremos que nessa medida fragilidades ganham um enfoque maior, pois as entrevistadas destacaram como desafio a falta de entendimento das instituições executoras quanto ao caráter pedagógico das medidas socioeducativas, de acordo com as falas a seguir.

E as atividades são definidas de acordo com o grau de instrução/escolaridade porque não tem como colocar um adolescente na recepção se ele não está preparado para receber o público, **mas a maioria das vezes se encaixam só em serviços braçais como limpeza, jardinagem.** (Entrevistada 4) grifo nosso.

Eles desenvolvem atividades na recepção. **Tentaram colocar para a limpeza mais a gente foi no PSF dialogar e justificar o porque de não ir para a limpeza.** (Entrevistada 7) grifo nosso.

Os relatos nos revelam que ainda existem atividades desempenhadas pelos adolescentes no cumprimento da PSC que não possuem um propósito de fato educativo e pedagógico, reiterando, muitas vezes, o aspecto retributivo e sancionatório da medida socioeducativa. Não obstante, também reconhecemos o processo de trabalho das profissionais quanto à desconstrução desta prática, através da sensibilização e do esclarecimento do caráter pedagógico destas.

Então, no tocante a PSC, faz-se necessário conhecer como ocorrem os atendimentos das medidas socioeducativas para além dos acompanhamentos no CREAS, requer conhecer quais os locais em que são cumpridas as medidas a serem desenvolvidas pelos adolescentes e identificar qual profissional que realiza o acompanhamento na unidade executora e se este é capacitado a exercer esta função.

Geralmente são escolas e postos de saúde e muitas vezes na CRAS também. (Entrevistada 1)

Atualmente, aqui, estamos optando mais por PSF porque a saúde se demonstrou muito solidária e não encontramos entraves como encontramos na educação. (Entrevistada 7)

Identificamos nas falas que o tripé Saúde, Educação e Assistência Social são os principais órgãos a receberem adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas – revelando que a configuração atual das unidades executoras ainda é um campo restrito -, mas também identificamos uma limitação quanto à política de educação que apresenta resistência em receber adolescentes em cumprimento de MSE. Esse fator foi recebido com surpresa, pois se tratando de medidas socioeducativa que tem como foco a educação e que se espera que este espaço seja de inclusão social e educação deparasse com o muro do preconceito. Frente a esta resistência, Peixoto esclarece que,

Reforça-se ainda a necessidade de se ter real interesse e compromisso com a causa. Isso exige sair da lógica do senso comum que vê esses adolescentes a partir do seu ato infracional, e passar a enxergá-los como sujeitos de direitos, como frutos de uma sociedade injusta e excludente, que somente os considera a partir dos enfrentamentos e quebras das normas e regras sociais e morais a eles impostas. É estar pronto para se deparar com situações limites, aprender a gerar conflitos e buscar novos conhecimentos (PEIXOTO, 2011, p. 118).

Esse preconceito ocorre tanto em receber os adolescentes em cumprimento de PSC para ser desenvolvido na escola, bem como na inserção dos adolescentes ao ensino regular conforme fala a seguir: “nas escolas também sentimos muitas dificuldades porque quando sabem que o menino é da comunidade e cometeu um ato infracional se negam aceitar”.

Em relação ao profissional que acompanha os adolescentes na unidade executora, questionamos quem faz o acompanhamento e se este profissional é capacitado para exercer esta atividade, visto que, o SINASE estabelece ser um orientador social para até dois adolescentes, conforme podemos vislumbra abaixo:

01 técnico para cada vinte adolescentes

01 Referência socioeducativo para cada grupo de até dez adolescentes e um orientador socioeducativo para até dois adolescentes simultaneamente a fim de garantir a individualização do atendimento que a medida pressupõe. (BRASIL, 2006, p. 48).

Assim, entende-se por técnico o profissional do programa de atendimento, no caso, o CREAS que é o centro que oferta o serviço de Proteção Social a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. O Referência Socioeducativo se refere ao profissional de nível superior ou com função de gerência ou coordenação nos locais de prestação de serviço comunitário – instituição executora – que será responsável geral tanto dos adolescentes como do orientador social. A este último fica incumbido a responsabilidade de acompanhar diretamente, na instituição executora, o exercício das atividades realizadas pelos adolescentes. As entrevistadas nos relataram o seguinte: Quanto ao profissional,

Dentro da instituição quando fazemos o contato já procuramos uma pessoa que ficará responsável por esse jovem, não tem uma pessoa específica, mas sempre terá alguém que ficará responsável. (Entrevistada 2)

Quanto à capacitação para receber e acompanhar os adolescentes,

Nem sempre, às vezes é o que disponibiliza a instituição, por exemplo tem um jovem que é acompanhado pelo vigia porque ele cumpre no final de semana e só quem está lá é o vigia. (Entrevistada 2)

Não. Se nem nós somos! (Entrevistada 3)

Diante dos relatos, nos deparamos com outra fragilização dentro deste processo, pois além de não existir um orientador social, os profissionais que acompanham esses adolescentes não estão preparados para exercer essa função. Contudo, percebemos a preocupação das profissionais dos CREAS, que se deparam cotidianamente com este descaso, em buscar profissionais que possuam o mínimo de compreensão sobre medidas socioeducativas visando minimizar esta fragilização. E Saraiva enfatiza que:

Tão importante quanto preparar o adolescente para este tipo de atividade, será a preparação e qualificação do órgão onde este serviço será prestado, de modo que tal tarefa redunde em um processo de crescimento e aprendizagem, significando um lugar de conhecimento. (2006, p. 159).

Frente aos limites, desafios e possibilidades do que foi exposto pelo relato das assistentes sociais podemos perceber as consequências do contexto neoliberal que se encontram as políticas sociais, jogadas a segundo plano, com ações que se caracterizam como paliativas e segmentadas. Identificamos nas falas, a ausência de interação entre a rede, colocando em xeque o princípio da incompletude institucional; a escassa oferta de serviços voltados para este segmento; a resistência em atender adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas e a burocratização das demais políticas setoriais. Esses fatores também corroboram para a precarização do trabalho dos assistentes sociais e incide, essencialmente, na qualidade do vínculo estabelecido com os usuários e suas famílias e na oferta do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao que foi exposto, muitos são os limites e desafios postos ao trabalho do assistente social na viabilização de direitos a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, como: a inexistência do Plano Municipal de Atendimento Socioeducativo; a falta de oferta de espaços de qualificação sobre as medidas socioeducativas para os atores do SGD, pois se tratando da Doutrina da Proteção Integral que o ECA aponta e do princípio da incompletude institucional pelo SINASE é preciso que todos sejam qualificados e estejam preparados para trabalhar com os adolescentes em conflito com a lei colaborando no seu processo de socioeducação, visando acima de tudo sua proteção social; a intersetorialidade e articulação do SGD é outro grande desafio a realidade da socioeducação; e o preconceito existente na sociedade.

Quanto às possibilidades, vimos como estratégia principal das profissionais o recurso à “sensibilização” incorporado a intervenção profissional para tentar garantir o acesso dos adolescentes às demais políticas setoriais, cada medida é uma luta diária, seja pelas demais políticas públicas e setoriais não se visualizarem enquanto serviço voltado a este segmento, ou seja pela inexistência de serviços públicos que atinjam toda a demanda existente.

Por fim, todas essas limitações estão para além do alcance das assistentes sociais dos CREAS, é preciso que o Município, através de seus Gestores, definam mecanismos de articulação do SGD no tocante as medidas socioeducativas, estabeleçam o compromisso de qualificar os atores que desempenha cotidianamente atividade voltada a este segmento, invistam nas políticas voltadas aos adolescentes, em especial, na cultura, no esporte e lazer e na profissionalização que atualmente são quase que inexistentes. Outro fator indispensável é a oferta de espaços de discussão sobre a temática com toda a sociedade, visto o preconceito existente para com este segmento.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 12.594, de 18 de Janeiro de 2012. **Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)**, Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE**. Brasília: CONANDA, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto**. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: 2016.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, Berenice Rolas et al. **O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2010.

FRASSETTO, Flávio Américo; et al. **Gênese e Desdobramentos da Lei Nº. 12594/2012: REFLEXOS NA AÇÃO SOCIOEDUCATIVA**. Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade, 2012 (6): 19-72.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Reflexões sobre o Serviço Social e o projeto ético-político-profissional**. In Revista Emancipação, ano 6, nº 1. Ponta Grossa: UEPG, 2006.

OLIVEIRA et al. **O Papel do Esporte e do Lazer no Desenvolvimento do Adolescente**. Disponível em: <<http://psicologiaeadolescencia.webnode.com.br/news/o-papel-do-esporte-e-do-lazer-no-desenvolvimento-do-adolescente/>>, s/d. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

PEIXOTO, Roberto Bassan. **A gestão de execução de medidas socioeducativas no estado do Paraná: uma política pública em construção**. 185p. Dissertação de Mestrado em Organizações e Desenvolvimento – Curitiba: FAE/Centro Universitário, 2011. Site: www.fae.edu/galeria/getImage/108/18715837684546246.pdf. Acesso em: 10 de julho de 2016.

SARAIVA, João Batista Costa. **Compêndio de direito penal juvenil: adolescente e ato infracional**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

VOLPI, Mário (org.). **O adolescente e o ato infracional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

Reflexões sobre o controle social, envelhecimento e direitos dos idosos no Brasil: análise sobre os Conselhos de Idosos

Patricia Barreto Cavalcanti¹

Ana Paula Rocha de Sales Miranda²

Elisabete Vitorino Vieira³

Herivânia de Melo Ferreira e Oliveira⁴

Flôr de Liz Adecilia Catharina Mato⁵

RESUMO

O objetivo deste artigo é levantar subsídios acerca dos direitos sociais destinados aos idosos, bem como discutir a importância do mecanismo de controle social junto às políticas de proteção social à velhice no Brasil, notadamente os Conselhos de Idosos. Para tanto, considera-se que o protagonismo dos idosos junto ao controle social (na figura dos conselhos) que regulam as políticas que compõem o tripé da Seguridade Social Nacional, assim como a PNI, se constituem em escopos importantes já que seus avanços e recuos decorrem dos princípios organizativos dos idosos. Trata-se do resultado de uma pesquisa bibliográfica, implementada desde 2015, através da coleta e posterior análise da produção do conhecimento relacionada à temática já referida. Na ocasião da coleta de dados foram consultadas as seguintes bases de dados: Scielo; Bireme e Biblioteca Cochrane. foram utilizados os descritores combinados: direitos sociais e velhice; controle social e envelhecimento; participação social e idosos. Os critérios de inclusão definidos para a seleção do material foram: artigos publicados e indexados nos bancos de dados referidos e artigos que expressassem na sua totalidade a temática nuclear da

1. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Serviço Social pela PUC-SP. SEPSASS.

2. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB e do PPGSS. Doutora em Serviço Social PUC/SP.

3. Mestranda em Serviço Social UFPB. SEPSASS.

4. Mestranda em Serviço Social UFPB. SEPSASS.

5. Assistente Social. SEPSASS. especialista em Gerontologia.

pesquisa no período de 2002 (data de criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)) até 2015. Os dados foram tratados a luz das técnicas de leitura: de reconhecimento; leitura seletiva; leitura crítica-reflexiva e leitura interpretativa. Os resultados apontam para a necessidade de estímulo ao protagonismo dos idosos nas instâncias de defesa de seus direitos legais.

PALAVRAS CHAVES: Proteção Social, Velhice, Controle Social.

ABSTRACT

The objective of this article is to raise subsidies concerning the social rights destined to the aged ones, as well as arguing the importance of the mechanism of social control next to the politics of social protection to the oldness in Brazil, notably the Advice of Aged. For in such a way, it considers that protagonism of aged next to control social (in figure of advice) that they regulate the politics that compose the tripod of the National Social security, as well as the PNI, if they constitute in important scoops since its advances and jibs elapse of the organizations principles of the aged ones. One is about the result of a bibliographical research, implemented since 2015, through the collection and posterior analysis of the production of the knowledge related to the thematic one already related. In the occasion of the collection of data the following databases had been consulted: Scielo; Bireme and Library Cochrane. the agreed describers had been used: social rights and oldness; social control and aging; social participation and aged. The defined criteria of inclusion for the election of the material had been: articles published and indexed in the cited data bases and articles that expressed in its thematic totality the nuclear one of the research in the period of 2002 (date of creation of the National Advice of the Rights of the elderly person (CNDI)) up to 2015. The data had been dealt with the light the reading techniques: of recognition; selective reading; critical-reflexive reading and interpretative reading. The results point with respect to the necessity of stimulatón to the protagonism of the aged ones in the instances of defense of its legal rights.

KEYWORDS: Social protection, Oldness, Social control.

INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1980 do século passado, entre as mais variadas transformações societárias, tem início um fenômeno mundial conhecido como envelhecimento demográfico que é caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo uma das principais conquistas da sociedade atual. Estas condições interferem na vida da população e sobremaneira no envelhecimento, tanto no aumento quantitativo da expectativa de vida quanto na qualidade oferecida aos que envelhecem seja através da aplicação de políticas sociais, principalmente nas áreas da saúde, da previdência e da assistência. Não é a toa que nos países onde se instaurou o Estado de Bem-Estar Social, os idosos junto com outros setores mais frágeis da sociedade tiveram programas e serviços a seu favor.

A população mundial vem envelhecendo de forma ininterrupta, mas envelhecer é um problema? Não! É antes considerado uma das principais conquistas do século XX, uma revolução, porém como toda revolução são necessárias mudanças em muitos setores, entre eles o das políticas referentes à: trabalho, educação, saúde, proteção social, urbanismo e muitas outras esferas da vida social. Essas mudanças trazem grandes desafios não só para as políticas públicas, mas também a seus formuladores seja em âmbito nacional ou internacional. Nos países desenvolvidos o envelhecimento da população se deu de forma menos acelerada que nos países em desenvolvimento, conferindo-lhes uma condição de estar socioeconomicamente melhor estruturados para o enfrentamento deste fenômeno. Nestes países desde a década de 70 do século passado tiveram início os programas sociais destinados a lidar com envelhecimento populacional veem-se, portanto confrontada a árdua tarefa de adaptar as políticas sociais e econômicas ao novo perfil etário das populações. (ONU, 2002)

Diante do exposto percebe-se que o envelhecimento não é simplesmente uma questão de segurança social, devendo, portanto ser visto, no contexto mais amplo das políticas e da necessidade de promover uma imagem positiva do envelhecimento além de superar os estereótipos que lhes estão associados. Sendo assim destaca-se a necessidade de assegurar que o envelhecimento ativo ocupe um lugar fundamental tanto a nível nacional como internacional. Podem também ser ressaltados pontos referentes à proteção dos direitos humanos, oportunidade de realização pessoal, de levar uma existência saudável, participação ativa da vida da sociedade, solidariedade intergeracional entre outros. Visto que o aumento do contingente de idosos é um processo irreversível.

No Brasil em particular tal processo vem se ampliando a cada década. Percebe-se que, além do envelhecimento da população total, a proporção de pessoas com idade superior a 80 anos aumentou. Segundo dados do IBGE em 2015, o país teria 11,7% de idosos, ou seja, nos últimos dez anos a população idosa no país cresceu de maneira exponencial. (Síntese de Indicadores Sociais, 2016)

Na medida em que a população idosa aumenta, cresce também a preocupação dos governos em satisfazer às necessidades dos cidadãos e de suas famílias, para tanto se faz necessário a implementação de políticas públicas abrangentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, etapa preliminar de um cronograma de coleta que a posteriori envolverá a coleta de dados empíricos. Assim, para realização dessa etapa foi realizado um levantamento de artigos científicos nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); do Scielo; Bireme e Biblioteca Cochrane. Para tanto foram utilizados os descritores combinados: direitos sociais e velhice; controle social e envelhecimento; participação social e idosos. Os critérios de inclusão definidos para a seleção do material foram: artigos publicados e indexados nos bancos de dados referidos e artigos que expressassem na sua totalidade a temática nuclear da pesquisa no período de 2002 (data de criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)) até 2015.

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre Janeiro a Junho de 2016. Após tal etapa procedeu-se o tratamento durante o qual foi utilizada a técnica de leitura proposta por Lima e Mioto (2007) que envolve quatro etapas, quais sejam: leitura de reconhecimento; leitura seletiva; leitura crítica-reflexiva e por fim leitura interpretativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento é um fenômeno histórico, social, cultural, enfim, multifacetado e multidisciplinar e que tem tido destaque no âmbito nacional. A inclusão da questão do envelhecimento populacional na agenda nacional não é recente, na verdade segundo Camarano (2004) em nosso país as origens da proteção social remontam ao período colonial, quando houve a criação de instituições de cunho assistencial como a Santa Casa de Misericórdia e já em 1888 foi regulamentado o direito a aposentadoria dos funcionários dos Correios, entre muitos outros.

A proliferação de leis em favor do segmento mais velho da população configura-se com maior intensidade na Constituição Federal de 1988. Nesta está disposto: no capítulo da Seguridade Social, seção IV, relativa à assistência social, no artigo 203 que a assistência tem por objetivo “proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice” e garante “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao

idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. O Capítulo VII da Constituição Federal ainda prevê que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida (art.230) (ALVES, 2001 p. 2)”.

Para Alves (2001) e Goldman (2005) no Brasil na década de 1990, multiplicam-se as leis federais, estaduais e municipais que contemplam a velhice. Esse impulso na legislação deve-se a constatação de um crescente e irreversível aumento na população de idosos, fato comprovado nas mais diversas pesquisas, porém sem o avanço compatível na rede de proteção social mais extensa.

Apesar dos entraves que o sistema de proteção social a velhice incorpora registra-se que a partir de 1991 o reajuste dos benefícios vinculados ao salário mínimo até setembro de 1991 seria corrigido quadrimestralmente pelo INPC (Índice Nacional de Preço ao Consumidor). Os segurados ganharam na Justiça o reajuste de 147,06% retroativo a setembro de 1991, o que se constituiu numa luta aguerrida dos idosos e cuja conquista marca um dos movimentos sociais mais significativos dos anos 90. Associando-se a este evento tem-se a mudança do termo “aposentadoria-velhice” que passa a chamar-se oficialmente de “aposentadoria por idade”, efeito das mudanças de significado social da palavra “velhice”.

Ademais, em dezembro de 1993 com a Lei 8.742 que regulamenta a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS foram estabelecidos programas e projetos de atenção ao idoso, em co-responsabilidade com as três esferas de governo e instituiu-se o “Benefício de Prestação Continuada”, ou seja, a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e às pessoas maiores de 70 anos de idade ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Em 1988 a idade mínima para o recebimento do benefício reduziu para sessenta e sete anos e em 2004 para sessenta e cinco anos. Em 1994 tem-se um marco nas políticas relacionadas ao envelhecimento com a Lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (pessoa com 60 anos ou mais). Em seu artigo 1º, “A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” A implantação desta lei estimulou a integração e articulação dos Ministérios da Previdência Social, Promoção, Assistência Social e Combate a Fome, Educação, Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esportes e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão e das Cidades (CAMARANO, 2004; GOLDMAN, 2005; ALVES, 2001).

Estes eventos demonstram que as expressões da questão social da velhice ganhou visibilidade. Torna claro por outro lado, que a inclusão de temas a ele referentes nas agendas das políticas públicas brasileiras só se deu pela influência e pressão da sociedade civil, das associações de classe, associações científicas e de grupos políticos, neste contexto o con-

trole social através, principalmente da formação sólida de seus conselheiros assume papel imprescindível. Embora se saiba que ainda não se tem o suficiente e que mesmo dentro do que se tem a funcionalidade não se dá com total satisfação, cabe a sociedade lutar para um futuro mais real e digno.

Em seu escopo, a Política Nacional do Idoso detém no seu arcabouço um conjunto de ações governamentais que prevê um suporte para que sejam assegurados os direitos sociais dos idosos, considerando que o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma das suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas, sendo portanto, dirigido a ele o princípio da equidade.

Observa-se que alguns avanços foram feitos no sentido de resguardar um envelhecer mais digno e isso se deve em parte pela publicização das questões relativas à velhice. Entretanto, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Isto se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo pelos idosos, pelos profissionais e pela população em geral. As dificuldades de se efetivar o que está disposto na legislação estão muito ligadas à condição centralizadora a qual estão ligadas as políticas públicas no nosso país, além da superposição e desarticulação dos programas e projetos voltados para esta população. Nessa direção, surge então um papel desafiante: encontrar estratégias de fazer com que as leis deixem de ser apenas instrumentos formais, passando à aplicação das mesmas. A premente necessidade de descentralização do poder de decisão e de recursos na prestação à sociedade, principalmente para os setores educação e saúde, tem apontado para a importância da criação de mecanismos de acompanhamento e verificação da gestão pública, por parte da sociedade civil.

No entanto, percebemos que todas as iniciativas de assegurar a participação dos idosos no processo de busca pela efetivação dos direitos próprios de categoria etária - no âmbito nacional - são caracterizadas pela participação de um conjunto de organizações representativas da população idosa, como: o Serviço Social do Comércio (SESC); a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); a Associação Nacional de Gerontologia (ANG); e, a Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COPAB).

As referidas organizações formam o chamado “movimento social do idoso”, representando a população idosa nos processos de participação política, de elaboração de leis e políticas sociais. Essas organizações compõem, assim, as chamadas “redes de movimentos sociais” as quais vivenciam um processo de institucionalização das ações políticas de segmentos da sociedade civil na busca pela efetivação dos seus direitos civis, políticos e sociais, numa perspectiva de “terceirização dessas ações” (PERES, 2007).

Segundo Peres (2007), esse “movimento social do idoso” sem o idoso, aponta-nos para aspectos muito maiores, pois essa forma de representação se dar por entidades e organismos que historicamente veem nessa parcela significativa como indivíduos que não dis-

põem da articulação necessária para reivindicar seus interesses e, dessa forma a formulação das políticas sociais voltadas para esse segmento populacional acontece sem considerar a heterogeneidade dessa população.

Portanto, o campo de formulação de direitos para a idoso no Brasil é marcado pelas organizações representativas, levando a uma fragilidade nas políticas sociais para o idoso, aumentando assim o distanciamento entre as necessidades reais desse segmento social e o que está posto pelas legislações vigentes no cenário nacional, num processo de forte institucionalização.

É nesta conjuntura que se supõe uma nova instrumentação das lutas democráticas e populares, tendo no controle social a estratégia a dar visibilidade aos movimentos em prol das questões relativas ao envelhecimento e suas interfaces, quer pela denúncia das «ausências e omissões» dos serviços instalados, ou pela batalha para que se firme um espaço regular de controle e discussão onde a participação do idoso seja ativa na concretização de um presente qualificado e de um futuro promissor (SPOSATI, A.; LOBO, E, 1992).

Com base nessas premissas a temática do controle social assumiu (não só no terreno do processo do envelhecimento, mas em toda rede de proteção social) um papel extremamente relevante, pois é o principal mecanismo de resistência as investidas do neoliberalismo em retrain o papel do estado frente às desigualdades sociais.

Não obstante esse fértil debate sobre o recrudescimento das políticas sociais no Brasil nas últimas décadas é premente apontar que o controle social primariamente desenvolveu-se com o caráter que tem na atualidade na constituição histórica da Política de Saúde, que sem dúvida encerra um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos sociais na saúde.

Na contemporaneidade, o Controle Social passou a ser considerado como mecanismo de fundamental importância na ampliação da democracia participativa, assumindo feição própria dando conta de ações a serem desenvolvidas pela sociedade civil organizada, com o intuito fiscalizar, monitorar e avaliar as condições em que as políticas e seus desdobramentos estão se desenvolvendo (fiscalizar e avaliar a qualidade das ações; a aplicação de recursos públicos e o resultado das ações na vida dos cidadãos). Seu funcionamento ocorre através de dois canais de participação da sociedade civil, nomeadamente os conselhos e as conferências, estando presentes como mecanismos de gestão da maior parte das políticas de natureza social.

Nesta análise, o foco é justamente o mecanismo mais fragilizado do controle social articulado a velhice, qual seja, o conselho de direitos da pessoa idosa, por se entender que a qualificação da participação destes nas conferências melhorou nos últimos anos. Contudo, a participação do idoso no cotidiano dos conselhos, continua comprometida.

Os Conselhos dos idosos devem pautar-se pelos mesmos princípios, critérios e regras de funcionamento que orientam os demais conselhos gestores previstos na Constituição Federal vigente. Assim, cada conselho,

onde quer que esteja situado no âmbito da Federação, constitui um órgão ou instância colegiada, de caráter permanente que, necessariamente, deve:

- Possuir caráter público e não propriamente estatal ou privado. Sendo assim, ele não pode fazer parte da estrutura da Secretaria de Governo, que funcionará como órgão gestor – embora mantenha, com ela, vínculos funcionais –, nem tampouco de instituições particulares;
- Ser instrumento da democracia direta ou semidireta, sem deixar de reconhecer a importância da democracia representativa, e ter, com as instituições e os seus mecanismos, relações recíprocas e complementares;
- Fazer parte de uma cadeia de mecanismos gestores voltada para defesa e atendimento dos direitos dos idosos, a qual incluirá as conferências, os órgãos gestores, os fundos especiais públicos, as entidades privadas e o Ministério Público;
- Reger-se pelos princípios da participação e da descentralização política, administrativa e financeira;
- Exercer o controle democrático das ações governamentais e privadas;
- Zelar pelo comando único da Política do Idoso, em âmbito nacional, estadual e municipal, e dos planos de ação elaborados em cada ente federado, evitando, assim, superposição de comandos e atividades;
- Possuir caráter deliberativo e não só consultivo, e composição paritária;
- Ser um órgão autônomo, imune a influências político-partidárias e as relações de dependência e lealdade, seja com o governo, seja com o setor privado (PEREIRA, 2007, p. 26).

Assim, se verifica que é através de uma melhor atuação do idoso nos conselhos que esse rol de leis que compõem os direitos garantidos constitucionalmente poderão se concretizar. Ao analisarmos particularmente a questão social que cerca o processo de envelhecimento brasileiro identificamos que os idosos têm, dentro dos conselhos de direitos, um fórum autêntico no qual se podem fazer presentes. A formação dos conselhos se dá por uma paridade no número de representantes do poder público de representantes da sociedade civil que engloba tanto os prestadores de serviços, os técnicos ou administradores, como grupos de idosos, ressaltando aqui a representação do idoso (BREDEMEIER, 2002).

Este fato faz com que o conselho do idoso assuma uma característica própria, visto que o próprio idoso, foco das ações e políticas em questão, é integrante do corpo de conselheiros, fato que não ocorre com frequência nos conselhos de direitos voltados para segmentos específicos, onde, raras vezes, o usuário dos serviços tem a oportunidade de ocupar o assento que tem por direito. É relevante considerar esta possibilidade um avanço, pois abre novas perspectivas para a participação e a autonomia do idoso.

Vale lembrar que por sua importância e pelo rápido e expressivo crescimento da população idosa, a criação e o fortalecimento dos Conselhos do Idoso como órgão de controle social, merece especial atenção, visto que entre outras atribuições a este Conselho cabe a tarefa de zelar pelo cumprimento do Estatuto do Idoso, pois a concretização dos direitos dos idosos é um objetivo almejado por todos aqueles que se solidarizam com a questão e pelos próprios idosos, embora este seja um processo marcado por avanços e retrocessos.

Uma característica sinalizada na constituição do conselho de idosos é o fato de ter dentro dos conselhos de direitos, um fórum no qual estes se fazem presentes. Via de regra, os conselhos são formados por um número de representantes do poder público igual ao número de representantes da sociedade civil que engloba tanto os prestadores de serviços, os técnicos ou administradores, como grupos de idosos onde o idoso faz sua representação.

No entanto, o que se tem constatado é que o protagonismo do idoso nestes fóruns institucionalizados (os conselhos) ainda é muito tênue. Para além da dificuldade de mobilização, os conselhos conferem uma certa intimidação aos idosos, seja pela excessiva burocratização de seus processos, seja pela postura por vezes paternal que os demais segmentos que o compõem assumem frente ao usuário idoso conselheiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na conjuntura nacional destas últimas décadas, as questões do envelhecimento populacional ou mesmo dos idosos na nossa sociedade necessitam de uma análise das transformações pelas quais passa essa classe social, uma vez que todo processo ocorrido com os seres humanos é considerado como um processo histórico, dotado de um dinamismo próprio e trás consigo vários fatores. Estes fatores estão direta ou indiretamente ligados ao processo de envelhecimento. São fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais. O envelhecimento das populações é um fato. Mesmo nas mais cuidadosas pesquisas, ele é tido como irreversível para os próximos anos. Adultos e jovens de hoje, futuros idosos de amanhã, têm o privilégio de agir em prol de mudanças políticas, econômicas e sociais contra a discriminação destes.

A Constituição Brasileira de 1988 é referenciada como Constituição Cidadã sendo, portanto “um marco histórico-legal da gestão democrática das políticas públicas, norteadas pelos princípios da participação, descentralização, justiça e equidade, universalização dos serviços e fortalecimento do controle social”. A mudança da cultura política no panorama brasileiro é plausível, portanto é inegável a necessidade de criação de espaços para viabilizar o comportamento democrático, necessário para que se possam gerir sistemas públicos tão complexos quanto à saúde, a educação, a assistência social e tantos outros. Este é sem dúvida mais um desafio colocado na agenda pública do Estado

Estando o Brasil imbuído em um projeto democrático, o espaço público é uma das formas de expressão e de luta das populações frente às desigualdades ainda tão gritantes. A construção do espaço público se concretiza mediante manifestação livre e legítima do povo. É um espaço de implicações políticas, no qual se busca compreender a inserção do idoso em nossa sociedade. Nacionalmente, face às transformações sócio educacionais, entre tantos problemas que surgem, um deles é o que se refere à formação dos conselheiros diante

da PNI e dos Conselhos que lidam com as demandas relacionadas ao envelhecimento e aos direitos sociais sinalizados no Estatuto do Idoso, tornando-se imprescindível que haja uma educação/formação destes com vistas a ampliação do seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

ALVES, Andréa Moraes. **A construção social da violência contra os idosos**. Textos sobre envelhecimento V. 3, N. 6. Rio de Janeiro, 2001 – ISSN 1517-5928 Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pd=S1517=59282001000200002-&lng=pt&nrm-iso- Acessado em: 24/fev/2006.

BLESSMANN, Eliane. **O crescimento da população aponta para um futuro grisalho. Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: http://www.stcas.rs.gov.br/portal/index.php?menu=entrevista_viz&cod_noticia=2861 – Acessado em: 06/nov/2008.

BREDEMEIER, Sônia Mercedes Lenhard. O espaço público e o idoso: possibilidades através de um conselho. **Revista Virtual Textos & Contextos, nº 1, nov. 2002**. Disponível em: <http://caioba.pucrs.br>. Acessado em: 24/set/2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. ISBN 85-334-1027-1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acessado em: 10/out/2007.

BRASIL, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais, 2004. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica; número 15. Rio de Janeiro, 2005**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2004/indic_sociais2004.pdf – Acessado em 12/mar/2006.

BRASIL, Presidência da República. **Constituição da República Federativa de Brasil de 1988**. Casa civil, subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm – Acessado em: 28/out/2008.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Gestão democrática na saúde: O potencial dos conselhos**. In: BRAVO, M.I. de S. & PEREIRA P.A. (organizadores) Política social e democracia. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia (organizadora). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p. ISBN 85-86170-58-5.

CAVALCANTE, Margarete Pereira. **Participação e controle social em saúde**. disponível em: http://www.cassi.com.br/a_empresa/conselho_de_usuario/documentos/participacaopdf. Acessado em 5/set/2007.

COHN, Amélia. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2000.

_____. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005.

CRITELLI, Dulce Mara. Hannah Arendt: a vida ativa e a ação. Ontologia da política. In **Teorias da ação em debate**, org. Maria do Carmo Brant de Carvalho. São Paulo. FAPESP, editora Cortez, 1993.

GOLDMAN, Sara Nigri. **Aspectos Sociais e Políticos do Envelhecimento**. Disponível em <http://www.sbggrj.org.br/artigos/aspectos.htm> – Acessado em: 21/fev/2005.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso Mioto. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico:** a pesquisa bibliográfica. Rev. Katálysis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

MOREIRA, Marilda Maria da Silva. **Políticas Sociais para a Terceira Idade no Brasil**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU)a. **Direitos Humanos e Pessoas Idosas**. Traduzido e editado em português pelo Centro de Informação das Nações Unidas para Portugal, Março de 2002. Disponível em: http://www.onuportugal.pt/D_H_Pessoas_Idosas.pdf – Acessado em: 15/fev/2006.

PEREIRA, Potyara A. Formação em Serviço Social, Política Social e o fenômeno do envelhecimento. **Revista Ser Social**, Brasília, nº21, Jul/Dez, 2007

PERES; Marcus Augusto Peres. Velhice, Política e Autonomia: O movimento social do idoso e as políticas da terceira idade no Brasil. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.26, p.144 –159, jun. 2007

SPOSATI, Aldaíza & LOBO, Elza. **Controle Social e Políticas de Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, oct/dec, 1992.

De fato e de direito: as proteções e desproteções sociais promovidas pelo Programa Bolsa Família no território de Alto do Céu e Mandacaru

Renata Martins Domingos¹

RESUMO

Por meio deste texto, problematiza-se a exigência do cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF), por meio da discussão acerca da penalização pelo seu descumprimento e da percepção das famílias beneficiárias residentes no território de Alto do Céu/Mandacaru, no município de João Pessoa. O PBF protege ao conceder benefício pecuniário recebido pelas famílias como direito e desprotege, ao aplicar sanções, ilegais por serem criadas por regulamento, pelo descumprimento das condicionalidades, afastando-o de ser programa assegurador de direitos humanos.

PALAVRAS CHAVES: Programa Bolsa Família, Proteção Social., Território, Condicionalidades.

ABSTRACT

Through this text, the requirement to comply with the conditionalities of the Bolsa Família Program (PBF) is discussed, through the discussion about the penalties for noncompliance and the perception of beneficiary families residing in the territory of Alto do Céu / Mandacaru, in the João Pessoa's city. The PBF protects by granting pecuniary benefit received by families as a right and unprotected, by applying sanctions, illegal for being created by regulation, by noncompliance with conditionalities, away from being a program to ensure human rights.

KEYWORDS: Bolsa Família., Social Protection, Territory, Conditionalities.

1. Graduada em Direito pela Universidade de São Paulo (1996) e Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas no Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba - campus I, área de concentração Direitos Humanos (2015). É membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS) da Universidade Federal da Paraíba.

INTRODUÇÃO

Este texto é parte da dissertação de mestrado que foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, área de concentração de Direitos Humanos, intitulada “O direito à segurança de renda e o Programa Bolsa Família: medidas de proteção e desproteção social no município de João Pessoa entre 2004 e 2014”, sob a orientação do Professor Fredys Orlando Sorto. Ele é fruto dos estudos e trabalhos que estão sendo realizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), decorrentes do Projeto de Cooperação Acadêmica Casadinho/PROCAD 2011/2015 entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PGSS) da UFPB e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGS-SSO) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), intitulado “Assistência Social e transferência de renda: interpelações no território da proteção social”, sob a coordenação da Professora Marinalva Conserva.

Mesmo afastando-se da universalidade, conceder renda pública a determinado grupo de pessoas como faz o PBF, independentemente de contribuição prévia e de vínculo de trabalho pré-estabelecido, continua a exigir justificação política, jurídica e administrativa-social. A exigência do cumprimento de condicionalidades é decorrência da justificação administrativa-social à escolha desse método de distribuição de renda a público focalizado, constituído por famílias pobres. Dando costas à universalidade característica dos direitos sociais, a focalização diminui o grupo de pessoas que pode acessar os programas de transferência de renda condicionada. Por outro lado, embora o Governo Federal alegue que o papel das contrapartidas é o de estabelecer compromissos que são assumidos pelas famílias beneficiárias e pelo poder público de ampliação dos direitos sociais básicos, esse discurso contém implícita a responsabilização das famílias pela situação de pobreza em que se encontra. A justificação jurídica para elas está contida na aplicação de sanções, que podem levar até ao cancelamento do benefício, no caso de inadimplência.

Todavia, as sanções foram criadas por meio do regulamento do PBF e não pela lei que o instituiu. Isso caracteriza-as como ilegais, uma vez que o regulamento não pode inovar em relação à lei que esmiúça.

Nesse sentido, pergunta-se: servem as contrapartidas como forma de incentivo às famílias ao seu desenvolvimento humano por meio do acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social, ou se tratam de meio de garantir legitimidade social ao Programa, já que importam na cessação do pagamento do benefício como punição pelo seu descumprimento?

O método de abordagem utilizado é o hipotético-dedutivo. O problema que se

busca discutir é de que a gestão do PBF, ao assegurar a segurança de renda, uma das facetas do direito à proteção social, cria situações de desproteção e estigmatização por meio da exigência do cumprimento das condicionalidades, comprometendo a inclusão social e o almejado incremento da cidadania das famílias beneficiárias.

AS SANÇÕES PELO DESCUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES: FORMAS DE DESPROTEÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS

São entendidas como condicionalidades do PBF as contrapartidas exigidas das famílias beneficiárias para a continuidade do recebimento do benefício pecuniário e se referem ao acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social por alguns dos membros das famílias beneficiárias: crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes de forma obrigatória.

As contrapartidas permanentes da educação relacionam-se com a frequência mínima de 75% a 85% da carga horária escolar mensal das crianças e dos adolescentes. No âmbito da saúde, as condicionalidades correspondem às consultas de pré-natal para as gestantes, às consultas de assistência ao puerpério para as nutrizes, ao cumprimento do calendário de vacinação e ao acompanhamento do crescimento infantil para as crianças menores de sete anos. A condicionalidade referente ao serviço de assistência social somente é exigível no caso de haver criança em risco decorrente do trabalho infantil.

Por mais que o Governo Federal tente reforçar o papel das condicionalidades enquanto instrumento de planejamento e aprimoramento das políticas públicas de saúde e educação, primordialmente, mais consegue comprovar que, na gestão do Programa e na sua execução pelos Municípios, elas se configuram menos como investimento pessoal e coletivo no desenvolvimento humano, e mais como obrigação moral e punição às famílias pobres por estarem recebendo renda sem contribuição prévia por meio do trabalho. Esse descompasso entre o discurso oficial e a prática é demonstrado a seguir, por meio da análise da legislação que cria e regulamenta as condicionalidades e pela análise das pesquisas e estudos sobre as repercussões das condicionalidades na vida das famílias beneficiárias situadas no território de Alto do Mateus/Mandacarú.

A Lei que institui o PBF, ao tratar das condicionalidades em seu artigo 3º não estabelece a possibilidade de sanção pelos seus descumprimentos. Referido artigo somente indica, de forma genérica, quais são as condicionalidades no âmbito das áreas da educação e da saúde, demonstrando a possibilidade de criação de outras condicionalidades em regulamento.

Se, como Cohn (2010) relata, o intuito do estabelecimento das condicionalidades é criar elementos para o controle e monitoramento das políticas públicas de saúde e educação, com vistas a redimensionar e afinar o olhar do Governo Federal para essas políticas, visando

garantir que elas atinjam efetivamente a população pobre do país, é possível que a lei tenha concedido ao regulamento a abertura para criar novas condicionalidades, mas não para autorizar a aplicação de penalidades às famílias.

Todavia, a instituição das sanções consta do Decreto Federal nº 5.209/04, que em seu artigo 28, §5º indica a suspensão ou o cancelamento do benefício como tipos de penalidades no caso de descumprimento das contrapartidas, explicitando sua inaplicabilidade às famílias beneficiárias, quando os serviços de saúde, educação e assistência social não são disponibilizados pelo Estado.

Na Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004 e na Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789, de 17 de novembro de 2004 há o estabelecimento de compromissos para as famílias beneficiárias, sem, contudo, haver a instituição de sanções àquelas que os descumprirem.

A Portaria do Gabinete do Ministro (GM) do MDS n.º 551, de novembro de 2005, é a primeira a instituir a sistemática para aplicação das sanções, determinando que elas devem ocorrer de forma gradativa e de acordo com o número de registros de descumprimentos identificados ao longo do tempo de permanência da família no Programa. As sanções estabelecidas são o bloqueio do benefício por trinta dias, a suspensão do benefício por sessenta dias e o cancelamento do benefício.

O processo punitivo da família ocorre com a sua notificação por escrito, como caráter preventivo, sem que haja a aplicação das sanções. A partir do recebimento da notificação, a família tem o direito de apresentar recurso, no prazo de 30 dias. Para elaborar sua defesa, contudo, com quem a família conta? Se a família é pobre, possivelmente tenha dificuldade para redigir seu recurso, o que torna essa possibilidade muito remota. Sem assistência jurídica para essas famílias, não é possível afirmar que elas tenham direito a recorrer da advertência ou sanção pelo descumprimento de condicionalidades. O respeito ao devido processo legal, portanto, não é resguardado de fato, mas somente formalmente.

O decreto também estipula uma exclusão de ilicitude, ao estabelecer, no seu artigo 20, que não há aplicação de sanção se o descumprimento decorrer da “oferta irregular ou inadequada do respectivo serviço ou por força maior ou caso fortuito”. Ele não indica, contudo, o que significa a oferta irregular ou inadequada, ou seja, não estabelece padrões de qualidade exigíveis para esses serviços, o que torna a exclusão de ilicitude vaga e inexecutável. O que para a família pode ser considerado como oferta irregular do serviço para o Estado pode ser considerada como regular. Falta ainda indicar sanções ou providências ao próprio Estado, para que o serviço seja prestado, o que demonstra um desvirtuamento entre a prática da gestão e o discurso oficial, segundo crítica de Kerstenetzky (2009, p. 70).

A Portaria GM/MDS n.º 551/2005 demonstra detalhada regulação do descumprimento das condicionalidades centrada principalmente na responsabilização das

famílias. A considerar as sanções a serem aplicadas, constata-se que a gradação entre o bloqueio e o cancelamento é curto, inexistindo preocupação maior na legislação com o reforço do acompanhamento da família a fim de reverter a situação. Pode-se dizer que a Portaria n.º 551/2005 tem caráter punitivo às famílias forte e preponderante.

Em 2008 advém a Portaria GM/MDS n.º 321, fortalecendo as responsabilidades dos órgãos públicos em monitorá-las para melhorar a prestação dos serviços públicos e suavizando o caráter sancionador em prática. Esse novo marco regulatório evidencia o uso equivocado da fiscalização das condicionalidades pelos Municípios como forma de vigiar as famílias, causando humilhações e constrangimentos. Prova disso é o alerta contido no artigo 20 da referida portaria, o qual parece mais uma reprimenda aos Estados e Municípios ao proibir explicitamente rol de ações que escapam aos limites legais do Programa, tais como a instituição de outros efeitos relacionados às condicionalidades sobre os benefícios financeiros pagos além dos previstos na portaria, a criação de novas condicionalidades e a utilização de “formas de comunicação humilhantes ou constrangedoras” ao tratar do descumprimento das condicionalidades. Referido artigo é a evidência de que as condicionalidades estabelecidas pela lei criadora do PBF transfiguram-se de formas de monitorar as políticas públicas em meios de castigar a população pobre, rebaixando ainda mais seu *status* social. Com a nova portaria, a gradação entre a primeira sanção e o cancelamento do benefício, que é a última, fica maior, dando maior possibilidade às famílias e ao Estado de tentar reverter a falta de acesso aos serviços públicos.

Em 2012, com a Portaria GM/MDS n.º 251, de 12 de dezembro, há mais reforços do caráter de monitoramento da gestão das condicionalidades e atenuação do seu viés punitivo às famílias. As sanções passam a ser as mesmas para todos os benefícios. Além disso, dificulta-se o cancelamento do benefício, além de condicioná-lo à realização de acompanhamento socioassistencial da família pelo Município com registro no Sistema de Condicionalidades (Sicon). É esta última condição — a exigência do acompanhamento socioassistencial da família— que estagna a aplicação de sanções e demonstra o quanto as penalidades são nocivas para as famílias e para os profissionais da área da assistência social.

Segundo Informações contidas na Instrução Operacional Conjunta n.º 19 da Secretaria Nacional de Renda da Cidadania e da Secretaria Nacional de Assistência Social, datada de 7 de fevereiro de 2013, o cenário de aplicação das sanções às famílias beneficiárias sem o acompanhamento correspondente pelas equipes socioassistenciais dos Municípios é assustador. É indicado que, entre novembro de 2011 a agosto de 2012, somente 3,2% das famílias que sofreram penalidade pelo descumprimento de condicionalidades têm o atendimento feito pelas equipes socioassistenciais registradas no Sicon e das que sofreram suspensões, apenas 5%.

Pode-se afirmar que a situação das famílias pobres que descumprem as condicionalidades torna-se pior do que antes de receber o benefício. Em primeiro, porque

ao receber o(s) benefício(s), elas experimentam algum tipo de melhoria de sua situação de vida, que segundo demonstram os dados, correspondem majoritariamente a gastos do dinheiro com a compra de alimentação. Ao deixarem de receber o benefício, voltam a não ter recursos financeiros para melhorar a sua alimentação. Além disso, em segundo, passam a ser vistas como inadimplentes, recebendo diminuição em seu status social já não muito valorizado, que passa a ser mais rebaixado ainda.

A trajetória da regulamentação do PBF demonstra mudança de rumos, conforme demonstrado. A aplicação de sanções às famílias beneficiárias que descumprem as condicionalidades é ilegal, na medida em que é criada por meio de decreto regulamentador, sem esteio na lei instituidora do PBF. Embora ilegal, foi amplamente usada pelo Governo Federal por meio da edição de decreto e portarias regulamentadoras, que iniciam com perfil altamente punitivo das famílias beneficiárias e ao longo dos anos arrefece esse perfil e reforça seu papel de instrumento de monitoramento de políticas sociais. Embora haja essa reversão de rumos nas portarias regulamentadoras das contrapartidas, as punições às famílias em caso de descumprimento delas persistem ao mesmo passo em que inexistem formas de responsabilização dos entes da Federação pela ausência ou má prestação dos serviços de educação, saúde e assistência social.

Essa sobrevalorização da punição pelo descumprimento da condicionalidade em vez da investigação sobre o porquê dele ter ocorrido demonstra a deturpação da execução do Programa e sua contaminação pela concepção neoliberal. As penalidades aplicadas às famílias beneficiárias pelo descumprimento reforçam-se, nesse sentido, como forma de culpabilização delas pela situação de pobreza em que vivem e por permanecerem nela.

As punições, que resultam, à exceção da advertência, na suspensão do pagamento dos benefícios em dinheiro são elementos introduzidos pela legislação regulamentar ao Programa, que o descaracterizam enquanto política assecuratória de direitos humanos e se constituem em formas de desproteção social das famílias beneficiárias.

À análise do marco legal soma-se a repercussão que as condicionalidades desempenham na vida das famílias beneficiárias, a partir da análise de dados da pesquisa de campo realizada nos territórios de Mandacaru e Alto do Céu, no município de João Pessoa.

A VOZ DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS NO TERRITÓRIO: INJUSTIÇA PELA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES E DETENTORAS DO DIREITO AO BENEFÍCIO

Este artigo usa dados da pesquisa de campo “Proteção social de família no estado da Paraíba”, realizada pelo Nepps e feita por meio de estudo do território a ser visitado e

da aplicação de questionário, constituído de 285 questões, o qual foi reformulado a partir de modelo usado pela pesquisa “Protege Vínculos” desenvolvida na cidade de São Paulo pelo Núcleo de Seguridade Social da PUC-SP, o qual, por sua vez decorre de replicação de pesquisa realizada pela École des Hautes Études em Sciences Sociales de Paris.

A pesquisa foi aplicada na Paraíba em 33 Municípios. O município de João Pessoa é escolhido como território da pesquisa no Estado da Paraíba porque, no âmbito das cidades de porte III (médio/grande, mais de 50 mil habitantes) do segundo quartil, possui a menor concentração de beneficiários do PBF e maior concentração de beneficiários do BPC da 1ª Região, além de ser sua sede. Nela foram aplicados 564 questionários, que são amostras do estado da Paraíba. Portanto, importante notar que os dados da cidade de João Pessoa decorrentes da pesquisa em curso foram pensados metodologicamente como amostra do estado da Paraíba.

Dentro da cidade de João Pessoa, dado seu extenso território, são selecionados 7 bairros usando-se dos critérios de vulnerabilidade social e inclusão/exclusão indicados na Topografia Social de João Pessoa (SPOSATI, 2010), bem como dos dados sobre a maior concentração de beneficiários por setor censitário de acordo com os endereços fornecidos pela Caixa Econômica Federal. O território de Mandacaru/Alto do Céu é o escolhido dentre aqueles estudados no Município de João Pessoa para análise porque nele os questionários trataram especificamente de famílias beneficiárias do PBF, além de ser constituído por dois bairros que demonstram índices altos de violência, de pobreza e de famílias beneficiárias do PBF. O termo território é usado como “quadro de vida”, ou seja, o local onde as pessoas desenvolvem sua vida, suas redes de proteção, suas relações com a sociedade. Trata-se do “território usado”, o local onde a realidade da vida de cada pessoa acontece (SANTOS, M, 2005).

O território de Mandacaru/Alto do Céu está localizado na zona norte do município de João Pessoa. Até 1998, Mandacaru e Alto do Céu constituem o mesmo bairro, o que é alterado em 4 de setembro deste ano, com a Lei Municipal nº 1.574. A partir de então, a linha do trem passa a ser a divisão entre os 2 bairros.

O bairro de Mandacaru tem população estimada de 12.587 habitantes, de acordo com o Censo do IBGE de 2010, é conhecido por suas ambiguidades: rico em manifestações culturais, com ampla rede de infraestrutura, é também um dos bairros mais violentos da cidade. Dentre as manifestações culturais populares, destaca-se o fato de ser sede de 3 agremiações carnavalescas de tribos indígenas: Tupinambás (1930), Guanabara (1960) e Tupi-Guarani (1985). No que se refere à infraestrutura, a linha ferroviária corta o bairro, além de existir a linha de transporte urbano. O bairro tem 80% de suas ruas calçadas, saneamento básico e água encanada, comércio desenvolvido, postos de saúde, CRAS, escolas públicas municipais e estaduais e biblioteca comunitária. Possui atualmente 1 pedreira em atividade, 1 fazenda de camarão, vários equipamento sociais e 1 pequeno campo de futebol (RAMALHO et al., 2013).

Em termos de infraestrutura, Mandacaru está em melhores condições do que Alto do Céu. Certamente sua rica rede de serviços públicos deve-se à sua proximidade a outros bairros de classe média, como Ipês e Bairro dos Estados.

No Alto do Céu localizam-se 7 aglomerados subnormais, localizados na parte mais crítica do bairro, ao longo da linha do trem e da maré (mangue), a saber: Beira da linha ou São Pedro, Vila dos Teimosos, Jardim Mangueira, Porto de João Tota, Vem-Vem ou Jardim Ester, Jardim Coqueiral e Beira Molhada (RAMALHO et al., 2013).

O Bairro Alto do Céu é caracterizado por ter população de baixa renda. Diferentemente de Mandacaru, que se limita com bairros com população de classe média, Alto do Céu localiza-se na área periférica do Município de João Pessoa, tendo como limites a cidade de Cabedelo e o bairro Róger, além daquele do qual foi desmembrado. Estima-se, segundo o Censo 2010 do IBGE, que o bairro possui população de 16.550 habitantes. Possui algumas de suas ruas pavimentadas, casas em bom estado de conservação, sendo todas de alvenaria. O comércio local está bem centralizado no bairro, dispondo de mercadinhos, farmácia, padarias, depósito de construção, açougue. O bairro possui serviços de escolas de 1.º grau estadual e municipal, creche, associação comunitária, posto de saúde, posto policial, um campo de futebol e praça. Desde 2006, o bairro sofre intervenções da Prefeitura de João Pessoa para instalar saneamento básico e realizar a pavimentação das ruas. Nos aglomerados subnormais, as condições de vida são precárias. Grande parte deles sofre com a falta de saneamento básico, sendo poucas as casas que possuem banheiro interno, quando a casa possui essa dependência. A estrutura das casas mescla-se entre alvenaria e taipa. Algumas vias de acesso, por estarem próximas ao mangue, ficam alagadas e intransitáveis com a subida da maré (RAMALHO et al., 2013).

Sobre as famílias beneficiárias, constata-se que Mandacaru/Alto do Céu possuem em dezembro de 2013 3.844. A faixa etária preponderante das mulheres responsáveis pelo benefício entrevistadas fica entre 25 a 44 anos, sendo que nesse interregno etário, 21 estão entre 35 a 39 anos, 18 entre 40 a 44 anos, 17 de 25 a 29 e 10 de 30 a 34 anos. Só foram identificados 4 homens como responsáveis pelo benefício: 1 entre 20 e 24 anos, 1 entre 35 a 39 anos, 1 entre 60 a 64 anos e 1 sem resposta. A prevalência feminina não assusta, já que o Programa prioriza a concessão dos benefícios sob a responsabilidade da mulher. Constata-se que os responsáveis estão na fase da maturidade, estando em fase economicamente ativa.

O baixo nível de escolaridade dos responsáveis pelas famílias é desanimador. A grande maioria deles só cursa até o ensino fundamental: 38,65% cursam o ensino fundamental do 1º ao 5º ano e 23,96% do 6º ao 9º ano. Somente 9,91% completam o ensino fundamental, 12,39%, o ensino médio completo. Uma única mulher tem nível superior completo. 11 onze mulheres são analfabetas.

A constatação da baixa capacitação das responsáveis pelo benefício (bolsa família) impede, em uma conjuntura que nunca é de pleno emprego, a inserção delas nas poucas vagas do mercado de trabalho com vínculo formal. Nas palavras de Souza (2009, p. 23), ainda que essas famílias, a chamada ralé brasileira, tenham capacidades específicas para desempenhar seus subempregos, essas capacidades não são aquelas exigidas pelo mercado moderno em expansão.

A situação ocupacional dos responsáveis pelos benefícios entrevistados é ainda mais alarmante: a grande maioria das mulheres, 86 das 117, é desempregada. Das poucas empregadas, 10, 1 única tem relação formal de trabalho e 7 estão na informalidade. Dos 2 homens empregados, 1 tem relação de trabalho formal e 1 informal. Há ainda as mulheres que são trabalhadoras autônomas, 25, sendo 19 delas sem proteção previdenciária e 1 só com contribuição previdenciária. Ainda se constata 3 mulheres aposentadas e 1 homem na mesma situação e 2 pensionistas.

Diante desse território com características que diminuem a qualidade de vida das famílias, agrega-se o perfil de pouca escolaridade e desemprego das famílias, embora grande parte esteja em idade economicamente ativa. Esse cenário interfere na percepção das famílias sobre a aplicação das penalidades, que pode ser medida pela pesquisa por meio de duas perguntas.

A primeira delas busca saber se as 121 famílias já tiveram seu benefício bloqueado ou cortado em alguma ocasião. Das 121 famílias entrevistadas, 2 (1,65%) não respondem, 76 (62,80%) dizem que tiveram seu benefício bloqueado e 43 (35,53%) dizem que não. O percentual de 62,80% é alto.

A pesquisa de campo ainda pergunta para aquelas famílias penalizadas se elas acharam justa a aplicação da penalidade. Das 76 que sofrem a penalidade, 2 não respondem, 10 (13,15%) acham o corte ou bloqueio justo e 62 (81,57%) consideram-no injusto. A grande maioria acha o corte ou bloqueio injusto, não obstante 13,15% entenda que ele não é.

A aplicação de sanções é o principal elemento que corrobora o uso das condicionalidades como forma de desproteção social. Dela decorre a suspensão do pagamento do benefício pecuniário, prejudicando mais a situação de pobreza das famílias. O prejuízo maior decorre da constatação de que, em sua grande medida, o principal uso do dinheiro é para a compra de alimentos, sendo que a suspensão do benefício impede este uso, gerando, portanto, desproteção ainda maior do que a vivenciada anteriormente ao ingresso no Programa.

Analisando os dados da Tabela 1, sobre a aplicação de punições pelo descumprimento das condicionalidades às famílias beneficiárias de João Pessoa, constata-se como a alteração da legislação em dezembro de 2012 desacelera o quantitativo de penalidades.

TABELA 1
A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DESCUMPRIMENTOS DE
CONDICIONALIDADES NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM JOÃO
PESSOA

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Advertências	7	142	225	567	574	417	5272	1382	3755	12341
Bloqueios	0	7	80	184	168	253	1767	370	1404	4233
Suspensões	0	2	39	171	138	392	1820	389	699	3650
Cancelamentos	0	0	0	9	41	103	476	0	0	629
TOTAL	7	151	344	931	921	1165	9335	2141	5858	20853

FONTE: Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Elaborado pela responsável técnica da Administração de Benefícios e Serviço Social do PBF, Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES)

Nos primeiros anos, temos mais advertências do que bloqueios e suspensões: em 2006, 6 advertências, em 2007, 142, em 2008, 225, em 2009, 567. Já os bloqueios, suspensões e cancelamentos permanecem zerados em 2006. Em 2007, pode-se verificar alguns bloqueios e suspensões, mas ainda nenhum cancelamento. Em 2008, 80 bloqueios e 39 suspensões, mas ainda nenhum cancelamento. Somente em 2009 é que se iniciam os cancelamentos dos benefícios.

Sobre os cancelamentos, importante notar que eles saltam de 9, em 2009, para 103 em 2011 e 476, em 2012, voltando a zerar novamente em 2013 e 2014.

Salta aos olhos o elevado número de advertências, bloqueios, suspensões e cancelamentos em 2012: 9.335 sanções para 60.792 famílias beneficiárias, ou seja, aplicadas a aproximadamente 15% da demanda atendida.

Em 2013 há queda significativa das penalidades, certamente influenciada pelas novas regras e condições para a sua aplicação, constantes da Portaria GS MDS n.º 251/2012. A necessidade de haver acompanhamento socioassistencial cessa com os casos de cancelamento de benefícios em 2013 e 2014, embora a suspensão e o bloqueio continuem impedindo, temporariamente, as famílias de terem o acesso à renda. Se em 2013 os bloqueios e suspensões apresentaram números menores do que o ano anterior (370 e 389), em 2014 esses números voltam a ser elevados: 1404 e 699, respectivamente.

O aumento do números de punições de 2006 a 2012 e depois de 2013 a 2014 decorre tanto do aumento das famílias beneficiárias, quanto do viés punitivo da legislação regulamentar.

No entanto, embora a penalização pelo descumprimento das condicionalidades cause desproteção social, a percepção majoritária que as famílias têm do benefício pecuniário

recebido é de direito alcançado, sendo o seu uso principal para a alimentação.

Uma das perguntas feitas tenta apreender qual é a pretensão que essas famílias têm de receber o benefício. A tabela 2 demonstra as pretensões:

TABELA 2
A PRETENSÃO TEMPORAL DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Por quanto tempo espera receber o benefício	Nº de respostas
Pelo resto da vida/ para sempre/ até quando meu marido viver/ até morrer/ enquanto viver /que nunca acabe/enquanto o filho viver/ por tempo indeterminado/ até quando Deus quiser/ por muito tempo/ até quando for possível/ Deus é quem sabe/ Deus proverá/ toda vida/ bom tempo /Não faz ideia/ enquanto puder receber	59
Até o filho completar 18 anos/ até ficarem de maior (filhos) / netos ficarem de maior/ até os filhos crescerem	13
Até as crianças terem direito/ Até quando tiver direito/ enquanto os meninos tiverem direito	10
Por mais de um ano/ por mais de dois anos/ (mais de um ano a 10 anos)	5
Mais de 10 anos /uns 10 anos/ uns 20 anos (mais de 10 anos)	3
Por mais 3 meses (de 1 a 12 meses)	3
Até quando se aposentar	2
té o governo pagar/ enquanto existir o benefício/até quando os homens do plenário quiser/até quando der	2
Um ano	1
Até conseguir emprego/trabalho/conseguir trabalho com carteira assinada	1
Até o filho parar de estudar/enquanto estiverem na escola/ até concluírem os estudos	1
Até quando precisar /até quando a situação da família melhorar	1
Sem resposta	10
Não sabe	10

Fonte: banco de dados da Pesquisa “Proteção Social de Família no estado da Paraíba”, NEPPS/UFPPB, 2015.
Tabela construída pela autora.

Dos 121 responsáveis entrevistados, 20 deixam de manifestar-se (10 sem resposta e 10 não sabem), restando 101 respostas. Destas, os três primeiros blocos de respostas indicam que as famílias conferem ao benefício o caráter de permanência, já que 59 emitem manifestação de expectativa de que ele seja pago “pelo resto da vida”, “enquanto o filho viver”, “por toda vida”; outros 13 respondem até as crianças completarem a maioridade e outras 10 esperam receber “até as crianças terem direito”. Fica evidente, pelas respostas, que as famílias beneficiárias se apropriam do benefício da renda como direito.

A maior parte delas também recebe o benefício há muitos anos. A maioria recebe-o há 5 anos ou mais (77), outras 22 recebem-no de 3 até 4 anos e 11 meses e outras 11 de 2 anos a 2 anos e 11 meses. Isso significa que 81,81% das entrevistadas recebem o benefício há pelo menos 3 anos ou mais.

Em pergunta aberta, sem nenhum tipo de direcionamento, é solicitado o seguinte: cite algumas situações que você e sua família viveram e que você considera que seus direitos foram reconhecidos.

Para essa pergunta, espontaneamente 47 famílias indicaram o Bolsa Família, o Fome Zero e a transferência de renda como direito reconhecido, conforme Tabela 3. Outros benefícios como tarifa social, amparo social, aluguel social e o Benefício de Prestação Continuada são indicados como direitos reconhecidos por 6 famílias. O acesso à saúde, por meio de atendimento, cirurgia, exames, internação no hospital, acesso ao PSF e também a plano de saúde privado são vistos como formas de ter seu direito reconhecido por 7 famílias. A escola, a educação dos filhos, o acesso aos cursos superiores também são vistos como direitos reconhecidos para 3 famílias.

TABELA 3
OS DIREITOS RECONHECIDOS

Situações vivenciadas em que direitos foram reconhecidos	Nº de Respostas
Bolsa Família/Bolsa Escola/Fome Zero/Transferência de renda	47
Atendimento médico/saúde/cirurgia do filho/marcador exames/plano de saúde/internação no hospital/acesso ao PSF/consultas/cirurgia do marido	7
Nenhum/nada/não tem	7
O recebimento do benefício/benefício tarifa social/BPC/amparo social/aluguel social	6
Na escola/educação dos filhos/curso superior/acesso à universidade pelas cotas/escola de boa qualidade/creche//completar os estudos	3
Não sabe/não lembra/não respondeu	36
Sem resposta	9

Fonte: Banco de dados da Pesquisa “Proteção Social de Família no estado da Paraíba”, NEPPS/UFPB, 2015.
Tabela construída pela autora.

A depender do direito posto e de sua interpretação pelo Poder Judiciário, o benefício do PBF configura-se apenas como expectativa de direito. Essa característica do Programa faz com que muitos autores considerem o benefício como “quase-direito” (COHN, 2012), indicando essa como sua fragilidade.

Todavia, na medida em que o benefício assegura a segurança de renda, uma das formas de resguardar o direito à proteção social e à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa Brasileira, pergunta-se: apesar do direito posto e do Poder Judiciário não o reconhecerem como direito, não é possível configurá-lo como tal?

Diante das falas e manifestações captadas das 121 famílias beneficiárias, muitas percepções são apreendidas. A primeira delas é a de que o benefício é entendido pela maioria das famílias como direito reconhecido e não como dívida. Essa percepção pode decorrer de vários fatores. O mais importante fator relaciona-se com o seu uso: majoritariamente é a alimentação o primeiro uso dado ao benefício. Se sacia a fome, melhora a alimentação, alimenta os filhos, ao benefício é conferida grande importância por garantir a subsistência pessoal e da família.

Além do uso, o tempo pelo qual se recebe o benefício (mais de três anos) e pelo qual se tem a expectativa de o receber (“para o resto da vida”, “até aposentar”) fazem consolidar a ideia de permanência.

E por fim, a sensação melhoria das condições de vida, que possibilita o planejamento, mesmo que mínimo, melhora a convivência familiar, a saúde das crianças, a educação dos filhos, possibilita a compra de bens de consumo, revestindo o benefício desenhado institucionalmente como provisório com o formato de direito permanente, de patrimônio adquirido.

Conceituando a proteção social de forma etimológica, Sposati indica que (2009, p. 21)

[...] o sentido de proteção (*protectione*, do latim) supõe, antes de tudo, tomar a defesa de algo, impedir a sua destruição, sua alteração. A ideia de preservação contém um caráter preservacionista não da precariedade, mas da vida, supõe apoio, guarda, socorro e amparo. Esse sentido preservacionista é que exige tanto a noção de segurança social como a de direitos sociais.

No Estado Democrático de Direito, há a supremacia da lei como instrumento de declaração de direitos. Muitas vezes o direito não é efetivamente aplicado, não tem eficácia, mas a lei funciona como um paradigma, uma aspiração a ser atingida.

No caso da segurança de renda promovida pelo PBF, tem-se o inverso. Há o reconhecimento do Estado da pauta social, da necessidade de intervenção para aliviar a pobreza. Para isso é criado o PBF, concedendo renda às famílias pobres e buscando intervir no ciclo de geração da pobreza pelo acesso às políticas de saúde e educação. Contudo, esse reconhecimento tem mitigações que decorrem da origem neoliberal de sua criação, a qual está consolidada no marco legal que o institui. Daí a renda concedida ser considerada como expectativa de direito e não como direito.

Mas na medida em que a renda se transforma em complemento importante para as famílias, possibilitando-lhes, mesmo que tenha valor ínfimo, melhoria das condições de vida, sendo usada preferencialmente na compra de alimentos, as beneficiárias se apropriam da renda como seu direito, pois a sua fruição resulta no sentimento de amparo, comprovando a teoria de Bobbio (2004, p.5) de que os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos decorrentes de lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência das sanções por descumprimento de condicionalidades aliada à inexistência de ampla divulgação da possibilidade de contradição a elas demonstra o quão insensato e humilhante é o processo de sua gestão. A motivação para institucionalizar tais sanções, que muitas vezes decorrem da ausência de informação no CadÚnico e evidenciam a falta de acompanhamento socioassistencial às famílias traz como consequência a reprimenda estatal a essas famílias já tão vulneráveis.

A pobreza é criminalizada administrativamente pelo próprio Estado devedor de serviços públicos, de políticas de distribuição de renda, por meio de seu instrumento de poder: o direito. Essa suposta busca de corresponsabilidade das famílias pela instrução e cuidados de saúde com seus filhos pressupõe que há displicência dos pais pobres com relação a essas políticas. Nesse sentido, o PBF se afasta de ser uma política que resguarda direitos humanos, aproximando-se de política de estigmatização, que, aliada às características do território de Alto do Mateus/Mandacaru, desprotege as famílias beneficiárias.

Todavia, preservação é a palavra chave para a proteção social experimentada pelas famílias por meio do recebimento do benefício do PBF. O recurso recebido serve para preservar a vida, num primeiro momento, porque sacia a fome. Mas o valor mais exacerbado pelas respostas analisadas é o preservacionista, de apoio, de socorro, de guarda, de conforto. Com o benefício, as famílias saem do sufoco, na sua grande maioria, experimentando ambiente familiar mais ameno, podendo fazer gasto específico para os filhos, comprar roupas. O benefício do PBF, mesmo sendo de valor muito baixo, acaba por proteger as famílias beneficiárias, de forma superficial, reduzida, reforça-se, mas efetiva.

Tem-se uma dualidade posta: de um lado, o Direito reconhece o benefício do PBF como expectativa de direito. E de outro, as famílias beneficiárias o recebem e absorvem-no como direito. A dualidade também é constante do discurso oficial do Estado, de que elas servem para monitorar os serviços de educação, saúde e assistência social, embora o decreto e portarias que as regulamentou tenha criado sanções ilegais, que serviram para diminuir o reconhecimento que o Programa pretende impingir às famílias, criando desproteções.

Se as condicionalidades fossem mesmo formas de monitorar a execução das políticas públicas de educação, saúde e assistência social, as sanções existiriam. Enquanto persistirem as penalidades pelo descumprimento das condicionalidades na legislação, o PBF continuará sendo um programa que assegura a proteção social, mas também a promove, estigmatizando a pobreza.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Nova edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

COHN, Amélia. O PBF e seu potencial como política de Estado. In: CASTRO, Jorge Abrahão de; MODESTO, Lucia. **Bolsa Família 2003 – 2010: avanços e desafios**, Brasília: IPEA, vol. II, p. 217-240. 2010. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6605. Acesso em 16 ago. 2013.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia Política do Programa Bolsa Família. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 52, no 1, p. 53 a 83, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a02.pdf>. Acesso em 05 fev. 2015.

RAMALHO, Waleska; CAVALCANTI, Almira; SERRANO, Virgínia; PEREIRA, Wanessa; PAZ, Fernanda. **Relatório de Pesquisa de Campo João Pessoa**. João Pessoa, 2014.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **OSAL: Observatorio Social de América Latina**. Buenos Aires, Año 6, n. 16, jun. 2005. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>. Pag. 251/261. Acesso em 15 ago. 2015.

SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (Coord). **Topografia social da cidade de João Pessoa**. João Pessoa: Universitária. 2010.

_____. Modelo Brasileiro de Proteção Social Não Contributiva: Concepções Fundantes. *In*: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: UNESCO, 2009.

O Conselho de Saúde e suas práticas decorrentes de *habitus* e capitais em disputa

Argéria Maria Serraglio Narciso¹

Marcia Pastor²

RESUMO

Este artigo visa trazer elementos da dimensão relacional para análise do Conselho Municipal de Saúde de Londrina-PR. Utiliza a perspectiva teórica de Pierre Bourdieu, centrando nas noções de campo, capital e *habitus*. A coleta de dados se baseou em observações sistemáticas das reuniões, levantamento documental e entrevistas com conselheiros. Identificou-se que a efetivação do controle social não depende apenas da representação política, mas das disputas travadas pelos agentes que se movem no campo, orientados por *habitus* individuais e também de natureza coletiva.

PALAVRAS CHAVES: Conselho Municipal de Saúde. Política de saúde. Controle social. *Habitus*. Pierre Bourdieu.

ABSTRACT

This article aims to bring elements of the relational dimension for analysis of the Municipal Council of Londrina Health. It uses the theoretical perspective of Pierre Bourdieu, focusing on the field of ideas, capital and *habitus*. Data collection was based on systematic observations of meetings, documentary survey and interviews with counselors. It was identified that the effectiveness of social control depends not only on political representation, but the disputes waged by the agents that move in the field, guided by individual *habitus* and also of collective nature.

KEYWORDS: Municipal Health Council of Health policy, Social Control, *Habitus*, Pierre Bourdieu.

1. Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Política Social da UEL. Assistente social do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário –AEHU/UEL. Integrante do Casadinho/PROCAD – UEL/PUC-SP.

2. Doutora e Pós-Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora do Programa de Pós Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina/PR.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante do sistema de proteção social brasileiro, consiste em uma das conquistas asseguradas na Constituição Federal de 1988, decorrentes da mobilização das forças sociais que lutavam pela democracia e por um novo projeto de sociedade para o Brasil. O movimento da Reforma Sanitária, somado a outros movimentos da sociedade civil, foi imprescindível para a regulamentação do SUS, que veio ocorrer em 1990, com as Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b).

A partir de 1990 os conselhos de saúde se ampliaram, possibilitando a participação da sociedade na discussão da política de saúde. Para se ter a dimensão da importância que possuem, no Brasil, existem 5.553 (99,78 %) conselhos municipais de saúde (IBGE, 2013).

O município de Londrina foi um dos pioneiros na implantação dos preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de reorganizar os serviços de saúde na gestão municipal. Tornou-se modelo de estruturação do serviço local de saúde, “tendo como vertente a incorporação das diretrizes de modelos assistenciais orientadas pelo processo da reforma sanitária brasileira” (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 62).

Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Londrina (CMSL), constituindo-se um importante passo no processo de municipalização e de regulamentação da participação da comunidade no controle social da saúde.

Nesse mesmo ano, com apoio da Universidade Estadual de Londrina, foi iniciado o projeto, denominado PROUNI, que contribuiu tanto para a implantação dos novos modelos de atenção à saúde, como para o processo de participação popular.

Nesses 25 anos de existência, o CMSL contou com a presença de conselheiros que, em sua maioria, exerceram o mandato calcados nos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foram inscritos no SUS e em regulamentações posteriores. No entanto, no ano 2011, dois conselheiros municipais foram presos por corrupção. Tal episódio trouxe à tona o questionamento sobre o papel do Conselho Municipal de Saúde, a fragilidade do controle social, que, embora seja fruto de conquistas sociais, tem se tornado, às vezes, espaço de cooptação de lideranças populares e de corrupção.

Cabe registrar, que em 2010 já havia sido criado o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região, um movimento social organizado em defesa do SUS, como mais uma instância de articulação da sociedade civil na cidade de Londrina-PR³. Em 2011, esse Fórum liderou o movimento de enfrentamento da política privatizante da saúde

3. Esse Fórum está articulado à Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, composta por diversos Fóruns estaduais e municipais. Desde 2010, luta por um SUS “100% público, estatal e de qualidade” (FRENTE NACIONAL CONTRA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

proposta pelo executivo e legislativo local.

Ao acompanhar este processo histórico do CMSL, percebeu-se em 2012 uma diminuição da participação dos usuários e trabalhadores da saúde. Isso levou ao questionamento das razões que poderiam estar interferindo nessa perda de interesse ou no esvaziamento desse espaço de participação e motivou o desenvolvimento desta pesquisa⁴. Considerando que essa dificuldade pudesse estar associada ao próprio funcionamento do Conselho, às disputas ali travadas, que colocavam os conselheiros em intensa concorrência, optou-se por utilizar as formulações teóricas de Pierre Bourdieu.

A partir disso, definiu-se o seguinte objeto de estudo: o Conselho Municipal de Saúde de Londrina configura-se como um campo relacional de disputas sujeito a mecanismos de dominação que podem incidir no controle social?

Como procedimentos metodológicos utilizou-se, fundamentalmente o referencial teórico bourdieusiano. As fontes de coleta de dados foram três: registro de observações sistemáticas das reuniões do Conselho no período de 2013 a 2015; os arquivos públicos e atas das reuniões do Conselho, e entrevistas com 8 conselheiros, pertencentes a gestão (2013 a 2015) dos quatro segmentos que compõem o CMSL: 3 representantes de usuários, 3 dos trabalhadores, 1 de prestadores e 1 do gestor da política de saúde.

1. A ABORDAGEM DO CONTROLE SOCIAL ANCORADA EM PIERRE BOURDIEU

A abordagem do controle social será ancorada no conhecimento praxeológico de Pierre Bourdieu⁵. O autor retira do epicentro das análises da sociedade os elementos macro-estruturais, que são fundamentais no método em Marx, e centraliza a discussão na relação indivíduo/agente e sociedade, na tarefa de desvendar os mecanismos da reprodução social que legitimam as diversas formas de dominação (BURAWOY, 2010).

A perspectiva bourdieusiana não desconsidera que a sociedade capitalista é formada de classes, tampouco que nela existe um embate de forças sociais, mas entende que esses espaços devem ser recortados para “[...] em cada caso, *construir e descobrir* [...] o princípio da diferenciação que permite reengendrar teoricamente o espaço social empiricamente observado” (BOURDIEU, 2011, p. 49).

4. Especialmente o Capítulo 5 da Tese de Doutorado: O Conselho Municipal de Saúde de Londrina: Um Campo Relacional de Disputas (NARCISO, 2016).

5. Pierre Bourdieu (1930-2002), pensador francês vinculado a sociologia, filosofia e educação, realizou inúmeras pesquisas empíricas e desenvolveu extensa obra ao longo das décadas de 1960 a 2000, contribuindo, significativamente, para a formação do pensamento sociológico do século XX.

Partindo de uma visão capitalista da sociedade, cujo desenvolvimento baseia-se na divisão do trabalho e de classes, na disputa econômica, na forma desigual com a qual se divide o produto do trabalho entre as classes, para além da esfera econômica, essa disputa também ocorre na modalidade simbólica: “Assim como não existem puras relações de forças, também não há relação de sentido que não estejam referidas e determinadas por um sistema de dominação” (MICELI, 1974, p. xiii).

A praxeologia, como modo de conhecimento, significa “reconstruir o sistema socialmente constituído de estruturas inseparavelmente cognitivas e avaliativas que organizam a percepção do mundo em conformidade com as estruturas objetivas de um estado determinado do mundo social” (BOURDIEU, 2011, p. 156).

Nesse sentido, essa perspectiva propiciou abordar o objeto deste estudo como algo que se encontra em uma posição relativa no conjunto de outros objetos em uma determinada configuração social (LAHIRE, 2002). Assim foram utilizados os três principais conceitos do pensamento de BOURDIEU (2012): campo, *habitus* e capitais, que serão sucintamente abordados.

2. O CONSELHO COMO LÓCUS DO CAMPO DA SAÚDE E OS CONCEITOS RELACIONAIS DE CAPITAIS E *HABITUS*

Para Pierre Bourdieu, o campo é um “espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias” (BOURDIEU, 2004, p. 20). Está incluído no macrocosmo social, ou seja, o Sistema Nacional de Saúde, como um lócus do campo da saúde, no qual ocorre a participação social de representantes da sociedade no controle dessa política pública.

A saúde, enquanto um campo concorrencial de disputa por um direito fundamental, sofre influências externas de outros campos: o econômico, o jurídico, o político etc. As opções e decisões econômicas do governo central da contrarreforma do Estado brasileiro na década de 90, influenciada pelo neoliberalismo, exemplificam o impacto negativo nas políticas sociais, entre elas, a de saúde.

Desse modo, o Conselho possui uma autonomia relativa, e as disputas que nele ocorrem têm uma lógica interna, mas são influenciadas pelas disputas externas, bem como as referentes à estrutura social. Os conselhos, sob essa ótica, são campos de poder, que se ocupam de uma área da política, que não é a dos partidos, mas voltada para o espaço de formulação e deliberação da política pública – neste caso, da política de saúde.

Um campo é um espaço estruturado de posições onde aqueles que as ocupam concorrem entre si; um jogo, onde agentes e instituições, tendo em comum o fato de possuírem quantidades de capitais específicos (econômico, político, cultural, social), enfrentam-se em estratégias destinadas a conservar ou a transformar essa relação de forças entre posições

sociais e de dominação (BOURDIEU, 2004b).

Bourdieu desenvolveu o conceito de capital a partir das ideias de Marx, diferenciando-se, contudo, de aspectos fundamentais da análise marxista do capitalismo, isto é, suprime a categoria de exploração, bem como a relação recíproca entre exploração e produção.

Para Bourdieu, o capital (tanto o econômico como o simbólico) determina a posição do agente no campo: o capital é possuído e acumulado pelos agentes durante suas lutas competitivas. (BURAWOY, 2010, p. 37).

A análise de Bourdieu considera não apenas a acumulação no modo de produção, mas as “diferentes dimensões de acumulação” no plano simbólico (BOURDIEU, 2014, p. 267). Para tanto, indica que a acumulação do capital simbólico depende de recursos obtidos pelos agentes em lutas anteriores em diferentes campos. São esses recursos colocados em jogo que Bourdieu denomina “capital”, não apenas no sentido econômico, mas cultural, político, social etc.

O *habitus* é um conjunto de disposições para a ação, é a história incorporada no cérebro, no corpo, nos gestos, nos modos de falar, ou seja, em tudo que se é. Essa história materializada serve como princípio gerador das respostas que se dá à realidade social. Sustenta-se por esquemas que antecedem e orientam a ação e guiam, através do conhecimento, a apreensão do mundo (BOURDIEU; PASSERON, 1982).

As disposições não são nem mecânicas, nem deterministas, mas adquiridas pela interiorização das estruturas sociais, (re) atualizando-as. São produtos de uma socialização e de uma experiência acumulada, podendo ser discursivas, mentais, perceptivas, motoras, apreciativas. Quanto mais estimuladas, mais se tornam atualizadas, ou, quanto menos utilizadas, por falta de práticas, menos se renovam (LAHIRE, 2004).

O *habitus* é tanto individual como coletivo, influenciando o funcionamento dos campos e a detenção de capitais por parte dos agentes, moldando inclusive a posição que cada um deles ocupa nesses espaços. São disposições que exprimem a conexão entre a ação individual e as condições sociais ou culturais.

A criação do Sistema Único de Saúde foi fruto de lutas de setores progressistas da sociedade e estabeleceu as seguintes diretrizes: universalidade do acesso; descentralização político-administrativa; integralidade das ações e participação da comunidade. Essa intensa participação da população levou ao desenvolvimento de um *habitus* coletivo de participação nas políticas sociais e na política de saúde (MISOCZKY, 2002).

Nesse sentido, parte-se do entendimento de que os agentes presentes nos Conselhos são orientados, nesse campo, por um *habitus* no qual estão contidos, de forma inerente ao

controle social, dois princípios estruturantes: os princípios republicanos e os princípios democráticos. Os republicanos são o respeito às leis, ao bem público, acima do interesse privado e o sentido de responsabilidade no exercício do poder. Os democráticos mais claramente perceptíveis são a participação direta e o entendimento da saúde como um direito fundamental.

A partir dos dados da pesquisa e com base nas formulações de Bourdieu (2004a, 2012), entende-se que os conselheiros podem ser considerados como agente⁵, um ‘porta-voz legítimo’, mandatário/representante da sociedade e com a perspectiva autorizada, reconhecida ‘universal’ (BOURDIEU, 2012), para a atuação no controle social da política de saúde.

Embora as noções (campo, *habitus*, capital) sejam analisadas de forma interrelacional na teoria de Bourdieu (WACQUANT, 2007), ganha destaque neste artigo a noção de *habitus* por desvelar como as posições ocupadas pelos agentes no campo são decisivas para suas práticas orientadas por um *habitus*.

3 O CONSELHO DE SAÚDE DE LONDRINA E OS *HABITUS* EXISTENTES

A análise relacional do campo, a partir do conhecimento praxeológico proposto por Bourdieu (2011), expressa uma inter-relação entre matrizes adquiridas de conduta individual com a dinâmica relacional. No decorrer do processo de análise identificaram-se quatro tipos de *habitus*: informacional, político, da cultura política tradicional brasileira e o *habitus* coletivo da saúde decorrente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

3.1 O *Habitus* Informacional e a Posse de Capitais Específicos para a Prática dos Conselheiros

O *habitus* informacional é composto por disposições de natureza científica, normativa e legal sobre a política de saúde no Brasil e sobre o funcionamento do Conselho, que influi diretamente na prática do controle social. As pessoas, ao adentrarem o Conselho, vão necessitar de um conhecimento (teórico e técnico) sobre a política de saúde e sobre o rito de funcionamento do Conselho como instância deliberativa. É um conhecimento específico que depende também de vários tipos de informação: econômica, contábil, referente à legislação etc.

Ao agir no campo, os conselheiros passam a ter “um sentido de participação políti-

6. Pierre Bourdieu (2011) utiliza o termo agente, referindo àquele que age. O autor baseia-se na ideia de agente para estabelecer a relação entre indivíduo e campo “[...] (os agentes) dispõem de forças que dependem da sua pertença a campos objectivamente hierarquizados e da sua posição nos campos respectivos” (BOURDIEU, 2012, p. 55).

ca, com a tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos” (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2). Mais que isso, para o desempenho do controle social, o agente “aceita tacitamente as limitações e as possibilidades inerentes ao jogo que são apresentadas a ele” (BOURDIEU, 2011, p. 64). Neste estudo, os entrevistados foram identificados por Agente (A), seguido do número pela ordem de sequência da entrevista e dois deles ressaltam que, para obter êxito no exercício das principais tarefas preconizadas ao controle social, é fundamental ter uma capacitação:

[...] deveria ter um curso de formação de conselheiros. Assumiu, vamos lá fazer uma semana, alguma coisa, entender o que é o Conselho, o que pode, o que não pode, as leis, onde cada um pode ir buscar e isso vai fazendo você ser melhor conselheiro (A7-trabalhador).

Mas deveria ser obrigatório, qualquer conselheiro tem que se submeter a cursos, à qualificação mínima [...] (A1-prestador).

Com base em Bourdieu (2012), pode-se identificar que essa ausência de conhecimento inibe as disposições dos conselheiros que dependem desse *quantum* de capital informacional para participar da plenária e contribuir nesse processo. Verifica-se, por isso, que vários agentes apontam o desconhecimento das normas e regras relativas ao funcionamento do campo da saúde como obstáculo ao controle social e ao bom desempenho das funções inerentes a ele: *[...] falta conhecimento, falta entendimento do que é controle social e falta um entendimento das entidades do real papel dentro do conselho (A2-usuário).*

A3 (trabalhador), que fez o Curso de Capacitação⁶ de Conselheiros realizado em Londrina, promovido pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná de 2014 a 2015, avalia que os conhecimentos adquiridos foram de extrema importância: *aprendi a fazer a discussão principalmente na gestão dos relatórios (Relatórios de Gestão), onde acontecem todas as questões de saúde do município, inclusive.* Para A5 (gestora), que não participou do curso, houve um salto qualitativo no processo participativo daqueles conselheiros que passaram por essa formação: *[...] mudou muito com as capacitações; eu senti uma diferença, eu que acompanhei o antes e o depois da capacitação dos conselheiros.*

Um dos participantes do Curso de Capacitação (A8-usuário) destaca o “despreparo” do agente ao adentrar o campo, quando inicia na função, sinalizando que a prática proporciona a experiência necessária à detenção da informação: *a gente não sabe como é que funciona direito até entender como funciona toda a questão dos relatórios, dos programas, cada contrato...*

6. O Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde foi realizado por meio do Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Em Londrina, ocorreu aos sábados, quinzenalmente, em 2014, e foi ofertado apenas aos conselheiros dos segmentos de usuários e trabalhadores.

A1 (prestador), em diferentes momentos da entrevista, demonstra a importância do conhecimento das leis e dispositivos técnicos que regem o campo. *Tem o SARG-SUS que é um instrumento que foi criado recente [...] ele é um sistema de apoio à elaboração e execução do relatório de gestão, que serve para o gestor, mas serve fundamentalmente aos conselhos...* Seu discurso revela que o capital informacional contribuiu na incorporação de disposições relacionadas ao conhecimento técnico, que se efetiva na sua prática, pois, sempre que tem oportunidade, na plenária, expõe seu ponto de vista sobre a necessidade de melhoria da função avaliativa do conselho.

Através de observações das reuniões e durante a entrevista com A2 (usuário), verificou-se que suas colocações e percepções levavam os demais agentes a reconhecerem seus atributos de conselheiro por conta do domínio que demonstrava acerca do campo e da disputa ali travada. Ao antever posições desfavoráveis aos interesses da população, colocava-se em oposição a possíveis resistências, somava forças com outros agentes e conseguia se posicionar e incluir temas de interesse da população, muitas vezes contrários à ortodoxia, isto é, aos interesses predominantes: *[...] hoje qualquer pessoa que vier para a reunião do conselho tem o direito de se posicionar, tem o direito de falar e [...] até de estar pautando na hora[...]* (A2-usuário).

Em geral todos os agentes se reportavam à necessidade do *habitus* informacional, relativo ao domínio de conhecimento técnico, científico e normativo. No conjunto, expressavam que, quando o Conselho não desempenha a função deliberativa a contento, isso se dá em razão da ausência de capital informacional.

Do sistema de *habitus* que orienta a prática dos conselheiros, as disposições duráveis e os capitais informacionais assumem grande relevância no discurso dos entrevistados, uma vez que, para eles, de um lado, a existência de um *habitus* informacional é pré-condição para a participação no Conselho e na gestão da política pública e, de outro, a ausência do conhecimento ou de capitais informacionais significa sério empecilho ao bom desempenho da função pública.

3.2. A Importância do *Habitus* Político na Prática do Controle Social

O *habitus* político é formado por disposições acerca da importância da participação e representação políticas vinculadas a segmentos sociais: entidades, associações, conselhos locais e regionais de saúde e sindicatos, fontes de legitimidade do controle social. As práticas de participação anteriores contribuem na constituição do *habitus* de agentes e podem ser reafirmadas nesse espaço de gestão da política de saúde. Aqueles possuidores desse *habitus* se posicionam de modo crítico, possuem atributos que os capacitam à representação política e se destacam nas diferentes funções preconizadas ao controle social.

A análise do *habitus* político decorre da interpretação do mundo real acerca das disposições estruturadas (no social) e das ações estruturantes (mentes) dos agentes presentes no Conselho. A3 (trabalhador) destaca que o reconhecimento do CMS do município de Londrina em nível nacional se deve ao fato de orientar suas práticas pelo *habitus* da representação e do controle social nos diferentes espaços do campo da saúde brasileira, bem como por terem acumulado capitais políticos ao longo da história.

[...] você pode chegar em qualquer lugar desse país, eu já estive em 03 Conferências Nacionais de Saúde, estou dizendo porque eu presenciei, eu falo que sou de Londrina, sou lá do Paraná,..., as pessoas mais vividas no SUS sabem que Londrina está contida dentro daquela Reforma Sanitária (A3-trabalhador).

Londrina representou no cenário nacional a força decorrente do *habitus* político coletivo expressado pelos agentes que aqui iniciaram o processo, comprometidos com o Movimento da Reforma Sanitária, profissionais oriundos da Universidade Estadual de Londrina e de órgãos públicos de saúde. No campo relacional do CMSL, foi possível perceber a existência de disposições procedentes do *habitus* coletivo, criado historicamente e consubstanciado no SUS, interiorizado pelos agentes por meio de suas posições e trajetórias de participação política no campo da saúde.

Na concepção de A2 (usuário), o conselheiro, para ser efetivamente um representante do segmento, deve ser dotado de experiência de participação e de conhecimento técnico, portanto de capitais informacionais e políticos. Revela, tanto no depoimento a seguir como em suas intervenções nas reuniões, ser possuidor de um *habitus* que o capacita à representação política.

Quantos conselheiros conhecem o Bloco de Educação Permanente? E sabem que lá nós temos mais de meio milhão de reais que poderia ser gasto e corremos o risco de devolver esse recurso? Nós teríamos a prerrogativa, baseada em uma Portaria nova do Ministério da Saúde que é de dobrar o número de equipes do Programa de Saúde da Família [...] (A2-usuário).

A2 (usuário) demonstra como é possível desenvolver uma prática capaz de articular conhecimento técnico-financeiro acerca do financiamento previsto no SUS com ações políticas que expressem verdadeiramente os interesses dos usuários.

Um exemplo de *habitus* como prática, identificado no processo de observação sistemática das reuniões, quando se foca a concorrência entre os agentes pertencentes ao Conselho, foi o *habitus* político mais abrangente, um tipo de disposição adquirida daqueles que

possuíam experiências anteriores de participação popular, em associações, conselhos locais e regionais de saúde e, sobretudo, em sindicatos. A trajetória social de A3 (trabalhador) evidenciou que essa apropriação ocorreu por meio da participação em diferentes campos, ampliando o volume de capitais políticos:

[...] o PT me deixou um legado interessante, ele me formou politicamente, ele me deu uma formação política que eu não tinha... eu fiquei 03 anos fazendo curso político[...] com Olívio Dutra, Raul Pontes. [...] e o que você aprende você não desaprende nunca. Isso é uma coisa que nunca ninguém vai tirar de você (A3- trabalhador).

A expressão *o que você aprende você não desaprende nunca* sugere que os capitais acumulados, bem como sua possibilidade de uso, ocorrem nas condições objetivas, isto é, nas relações de força existentes no Conselho. Assim, a manutenção ou alteração desse espaço relacional é balizada pela correlação de forças dos agentes.-

Se, por um lado, verifica-se que A3 (trabalhador) possui um *habitus* decorrente da militância partidária, por outro, A6 (usuária) desenvolveu seu *habitus* político por conta de sua trajetória de participação por mais de 17 anos em movimentos sociais. Foi presidente da Associação de Moradores e depois participou como conselheira em diferentes conselhos de políticas públicas de Londrina. Desenvolveu este *habitus* político, reconhecido pelos trabalhadores da saúde do município. Relata que, em uma ocasião, ouviu de um gestor da área de odontologia a seguinte afirmativa: *Sabe por que tem dentista neste Posto de Saúde? É por sua causa.*

O depoimento de A7 (trabalhadora) permite constatar que, além de ser possuidora do *habitus* informacional advindo de capitais específicos acumulados ao longo de sua trajetória de trabalhadora da saúde, possui também capitais políticos acumulados no movimento sindical que favorecem seu desempenho no campo concorrencial do CMSL: *[...] Me posiciono por conta disso, porque me incomoda muito, a discussão às vezes tomar um outro rumo, (se afastando) de onde o assunto é muito mais importante, é relevante [...]* (A7-trabalhadora).

Como se observa, o *habitus*, mesmo o de natureza política, é “socialmente construído de estruturas inseparavelmente cognitiva e avaliativa que organizam a percepção do mundo” (BOURDIEU, 2011, p. 156). Se a maioria dos entrevistados revela ser detentora de capitais políticos, A4 (trabalhadora), por sua vez, embora denote ter o *habitus* político, avalia que não detém capitais específicos suficientes para agir no campo:

[...] Eu me sinto usada, me sinto bem manipulada, tanto que já pensei em sair. Já tive conversa com meu segmento sobre isso [...] eu acho que também está um pouco a desejar pela própria dificuldade mesmo de entrar nesse campo aí, nessa batalha e colocar o que a gente pensa (A4-trabalhadora).

A4 (trabalhadora) manifesta sua percepção sobre as disputas existentes, o que denomina “batalha”, mas tem dificuldade de se contrapor às posições dominantes que se impõem no CMSL. Como se observa, no espaço relacional do Conselho, as relações de forças instituídas e advindas de capitais políticos determinam as tomadas de posição, tanto no sentido de conservar como de transformar a estrutura de dominação no campo, “[...] suas tomadas de posição [...] dependem da *posição* que eles ocupem na estrutura do campo, isto é, na distribuição do capital simbólico específico, institucionalizado ou não (reconhecimento interno ou notoriedade externa)” (BOURDIEU, 2011, p. 63-64).

Essa afirmativa corrobora o que os dados da pesquisa revelaram, uma vez que, no Conselho, existem objetos de disputas, pois há decisões sobre ações políticas e recursos financeiros destinados à saúde, assim como pessoas dispostas ao jogo, visto que representam segmentos e instituições da sociedade civil.

Quando o campo é de natureza política, como o CMSL, a afirmação de Bourdieu é pertinente, pois os agentes do Conselho ou trazem capitais externos, decorrentes de experiências em movimentos sociais, em partidos, sindicatos e associações comunitárias, ou os acumulam pela participação no próprio Conselho.

3.3 O *Habitus* Decorrente da Cultura Política Brasileira com Traços de Patrimonialismo

O *habitus* da cultura política brasileira com traços de patrimonialismo constitui-se por disposições presentes na sociedade em geral e que se reproduzem no controle social. Durante o processo investigativo foi identificado que os entrevistados integrantes do CMSL, no geral, eram dotados de diferentes capitais (informacional, político, cultural, referente à legislação).

No entanto, mais de 50% apontaram como entrave ao exercício do controle social a existência de práticas de agentes orientados por disposições diferentes, o que leva a interpretá-las como oriundas de valores e ações próprias da dominação burocrática ou da política tradicional brasileira. A1 (prestador), quando indagado sobre quem detinha maior poder no processo de deliberação do Conselho, respondeu:

[...] o gestor que tem maior influência nas decisões pelo domínio das informações[...] pelo conhecimento, por ser dedicado 24 horas a isso. Ele tem informação que nem todos os conselheiros têm. Então eu acho que acaba envaidecendo e tendo um maior domínio (A1-prestador).

Na realidade, A1 (prestador), com a expressão “envaidecendo”, percebe que o co-

nhecimento e as informações privilegiadas conferem distinção a quem os detém, sendo inclusive um dos traços do poder simbólico. Outros entrevistados também apontaram a existência de ações de cunho clientelista e eleitoreiras que, valendo-se dessa instância de deliberação, buscam visibilidade, descaracterizando as práticas e funções do controle social:

[...] muitos saem dali como candidatos, então é uma forma de ter visibilidade. Da população achar que aquele conselheiro está lutando por direitos da maioria, enquanto na realidade desconhece o que realmente ele faz dentro do Conselho (A5-gestora).

É quase que um trampolim político lá dentro, você percebe nitidamente, principalmente dentro do segmento dos usuários [...] um vereador que eles são ligados, ou a um partido político [...](A7-trabalhador).

O que se denomina clientelismo político eleitoral, presente nas falas citadas, na realidade, é um dos traços da política tradicional brasileira, um *habitus* formado por disposições duráveis oriundas do patrimonialismo que persiste na nossa sociedade.

Enquanto o Controle Social decorre da instituição de uma democracia participativa no Brasil, por meio da qual se buscam pontos de encontro entre a sociedade civil e o Estado – e os Conselhos de Saúde podem ser vistos como tais –, a persistência desse *habitus*, denominado por alguns como política do atraso, já apontado em outros estudos (FEDOZZI, 1997; OLIVEIRA E PINHEIRO, 2010), não só fragiliza a democracia participativa como descaracteriza a democracia representativa.

3.4 A Importância do *Habitus* Coletivo no Fortalecimento do Controle Social

O *habitus* coletivo da saúde advém do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Começou a ser constituído a partir da abertura democrática no final dos anos 1970 e obteve força e reconhecimento na década de 1980. Decorre de disposições coletivas da população envolvida nas lutas comunitárias por saúde no movimento da Reforma Sanitária, com engajamento de diversos setores da sociedade.

Esse *habitus* coletivo, em âmbito nacional, reflete o protagonismo que profissionais, lideranças acadêmicas, políticas e movimentos sociais da cidade de Londrina tiveram no final de década de 1970, 1980 e início da década de 1990 na organização e na implementação do SUS e no controle social na esfera municipal.

O Agente A3 (trabalhador) relata a importância que os Conselhos Locais de Saúde (CLS) tiveram na organização e participação da população no Conselho: *Assim, quando nós tínhamos Conselhos Locais de Saúde, [...]o conselho era mais representativo, o conselho ele era mais ligado, o controle social era mais ativo* (A3-trabalhador). Essa história da participação de componentes dos conselhos locais e regionais de saúde do município foi crucial para o processo de municipalização.

No entanto, no período da pesquisa, identificou-se uma diminuição substancial da participação da população nas reuniões do Conselho. Ao serem indagados sobre as razões, os entrevistados responderam: *Não tem participação nenhuma [...]a representatividade é mínima, não sabem a importância que eles têm enquanto usuários [...]de estar ali pra pressionar* (A5-gestora); *[...] não identificam como um espaço de negociação, um espaço até de ser ouvido, acho que ainda não faz parte dessa cultura de ir lá pra cobrar alguma coisa* (A4-trabalhadora). Na opinião de A8 (usuário), para vencer essa situação de imobilismo, os conselheiros também têm um papel importante no processo: *[...] tem que haver uma participação mais qualificada dos usuários, de conhecer melhor essa política, porque a gente não conhece.*

De forma contrária à atual situação de ausência da população nas reuniões do Conselho, já se presenciou a força da pressão popular em diferentes momentos da história do CMSL. A título de ilustração, pode-se citar o ano de 2011, período em que ocorreram intensos debates, contra a aprovação de projetos de lei que visavam a privatização da saúde (NARCISO; PASTOR, 2014).

Mesmo enfrentando as dificuldades apontadas anteriormente, o CMSL mostra-se como instância de gestão que reúne pessoas comprometidas com o controle social e com a defesa dos interesses coletivos. Percebe-se que alguns agentes, de posse de capitais técnicos e políticos, têm desenvolvido um novo *habitus*, que, na realidade, contém e atualiza o *habitus* fundador da Reforma Sanitária e do controle social: *Nós hoje conseguimos colocar o controle social na formulação de um Plano Municipal de Saúde[...]sentamos como os técnicos [...] os conselheiros conscientes,[...]participam de Comissões e trabalham isso, estudam, entendem o seu papel* A2 (usuário).

A fala de A2 (usuário) demonstra que a existência de agentes dotados desse *habitus* serve como princípio operador da prática e das discussões nas plenárias, fundamentos da participação direta. Essa força política será proporcional à capacidade de pautar os temas do interesse coletivo, incluindo assuntos referentes à macropolítica e ao desenvolvimento econômico e social, que são determinantes sobre a saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo constatou que a presença de agentes possuidores do *habitus* (informacional e político) torna-os detentores de conhecimento da política de saúde e controle social, além de atributos advindos do capital político, para que se posicionem de modo crítico nas reuniões e contribuam no processo de discussão, fiscalização e deliberação da política de saúde. De modo contrário, agentes com disposições do *habitus* da cultura política brasileira com traços de patrimonialismo constituem um dos obstáculos para o exercício do controle social. No entanto, é o *habitus* coletivo da participação social em defesa da saúde pública que ganha centralidade no controle social, caminho a ser trilhado para ampliar as disposições da população em envolver-se e lutar em prol da saúde como um bem público.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.
- BOURDIEU, P. **Sobre o estado: cursos no College de France (1989-92)**. São Paulo: Companhia de Letras, 2014.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 set. 2011.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 20 set. 2011.
- BURAWOY, M. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas: Ed. Unicamp, 2010.

FEDOZZI, L. J. **Orçamento participativo**: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1997.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Quem somos**. <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>>. Acesso em: 1 fev. 2016.

GIL, C. R.; MARTIN, G.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização . In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: ABRASCO, 2001. p. 27-60.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 44** : Municípios, total e com Conselho Municipal de Saúde, por algumas características do conselho, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/defaulttabzip_xls.shtm>. Acesso em: 7 out. 2014.

MICELI, S. Introdução: a força do sentido. In: BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. vii-lxi.

MISOCZKY, M. C. A. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

NARCISO, A. M. S.; PASTOR, M. O SUS e a crise atual do setor público de saúde: rebatimentos e resistências na esfera municipal. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 6., 2014, Cascavel. **Anais...** Cascavel: UNIOESTE, 2014.

NARCISO, A. M. S. **O Conselho Municipal de Saúde de Londrina**: um campo relacional de disputas. 2016.185 f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) - UEL, Londrina, 2016.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020>. Acesso em: 5 abr. 2016.

WACQUANT, L. Lendo o ‘Capital’ de Bourdieu. In: PINTO, José Madureira; PEREIRA, Virgílio Borges (Org.). **Pierre Bourdieu**: a teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal. Porto: Afrontamento, 2007. p. 295-312.

Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Brasil e a renda dignidade na Bolívia: similitudes e contradições na Proteção Social à velhice

Joacely Carneiro Figueiredo¹

Flávia Jaiane Mendes Justino²

Angely Dias da Cunha³

Ana Paula Rocha de Sales Miranda⁴

Patrícia Barreto Cavalcanti⁵

Marcia Emília Rodrigues Neves⁶

RESUMO

O presente trabalho é produto de uma pesquisa bibliográfica e documental realizada no Setor de Estudos e Pesquisas em Saúde e Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). O artigo tem como objetivo analisar dois programas assistenciais voltados para idosos na América Latina. O primeiro trata-se do Benefício de Prestação Continuada (BPC) implantado no Brasil e o segundo é o Renda Dignidade implantado na Bolívia. Importante assinalar que ambos possuem aspectos similares em seus desenvolvimentos no contexto das Políticas de Assistência Social, de seus respectivos países. Os dados analisados apontam que a população idosa passou a ter acesso a uma renda que antes não existia, o que é algo considerado positivo, mas bem distante de uma proteção social universal ampliada.

PALAVRAS CHAVES: Brasil, Bolívia, Assistência Social, Idosos.

1. Mestranda em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Especialização em Serviço Social e Políticas de Proteção Social, pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa - CINTEP e à Faculdade Nossa Senhora de Lourdes.

2. Mestranda em Serviço Social UFPB.

3. Mestranda em Serviço Social.

4. Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba-UFPB e do PPGSS. Doutora em Serviço Social PUC/SP.

5. Professora Titular do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Serviço Social pela PUC-SP. SEPSASS.

6. Professora Associado IV do Departamento de Serviço Social da UFPB. Doutora em Sociologia PPGCS/UFPB.

ABSTRACT

The present work is product of documentary a bibliographical research and carried through in the Sector of Studies and Research in Health and Social Service of the Federal University of Paraíba (UFPB). The article has as objective to analyze two assistance programs directed toward aged in Latin America. The first one is about the Continued Payment Benefits (BPC) implanted in Brazil and as it is the Renta Dignity implanted in Bolivia. Important to designate that both possess similar aspects in its developments in the context of the Politics of Social Assistance, of its respective countries. The analyzed data point that the aged population started to have access to an income that before did not exist, what something is considered positive, but well distant of an extended universal social protection.

KEYWORDS: Brazil, Bolivia, Social Assistance, Aged.

I. INTRODUÇÃO:

Nas últimas décadas do século XX e início do século XXI houve alguns aspectos sociais e mudanças ocorridas no mundo do trabalho e no processo de reforma do Estado na América Latina que promoveram a reconfiguração da pobreza e sua forma de enfrentamento neste continente. “A partir desse contexto social e histórico, a pobreza passa a ser vista como uma problemática que demanda do Estado uma necessidade maior de controle das massas sociais” (TORRES, 2013, p.147). Nesse sentido, surge no continente Latino-Americano a necessidade de estabelecer estratégias para erradicar a pobreza e promover uma concepção de proteção social para essa população que vive em condição de risco social mediante benefícios e algumas condições específicas.

Desde a década de 1990 foram implantados em muitos países da América latina programas de transferência condicionada os quais são:

Dirigidos a públicos específicos, notadamente os mais pobres, que recebem benefícios sociais, monetários/ou não monetários associados ao cumprimento de determinadas codicionalidades. Surgem como instrumento do capitalismo contemporâneo defendido por alguns organismos multilaterais internacionais para responder a situações emergenciais de segmentos heterogêneos desprotegidos e propõem superar a pobreza a partir de estratégias focais que desconsideram a totalidade social. (TORRES, 2013 p.148)

A pobreza latino-americana fez com que os países buscassem amenizar as expressões da questão social. Segundo a CEPAL “houveram várias iniciativas e estratégias nacionais⁷ para reconhecer os graves problemas de exclusão, vulnerabilidade, desigualdade e pobreza que afetam vários grupos da população latinoamericana” (2010; p. 3). Dessa forma, o projeto neoliberal na América latina modificou a estrutura da pobreza aumentando as contradições entre as classes sociais.

Contudo é importante registrar que;

Historicamente, os sistemas de proteção social na América Latina caracterizaram-se pela predominância e quase exclusividade do seguro social, que garantia alguns outros serviços na área médica àqueles que eram contribuintes compulsórios, em função de sua inserção no mercado de trabalho formal. A assistência social não era objeto de uma política institucional pública, normatizada por direitos, e não integrava os regimes previdenciários: era relegada ao campo da benevolência e da caridade, sendo a pobreza regulada ao acaso pela iniciativa daqueles de boa vontade ou em troca de isenções fiscais. O próprio seguro social manteve por muito tempo um perfil extremamente seletivo, caracterizado por cobertura limitada, baixa densidade contributiva, heterogeneidade dos benefícios e assimetrias para habilitação (Lavinás et al.; apud Alvim; 2011; p.36).

Tal perfil se manteve de modo geral sendo alterado, na década de 1980 pela reforma estrutural operada no Chile em 1981, que sob a égide do autoritarismo de Pinochet, muda seu sistema previdenciário público para um sistema compulsório de capitalização, administrado por fundos de pensão privados. (Alvim, 2011)

Observa-se desde então processos no contexto latino-americano que vão de reformas relevantes em relação à ampliação dos direitos sociais (caso brasileiro e a exceção do Chile) até movimentos de contrarreformas de cunho neoliberal, que colocam em evidência as necessidades do capital financeiro em detrimento do desenvolvimento social.

Nesse contexto os programas de transferência de renda ganham papel relevante. Segundo atestam Silva ET alii;

Nas últimas duas décadas vem se ampliando a proteção social não contributiva na América Latina e Caribe enquanto estratégia para enfrentar a crescente pobreza decorrente do ajustamento estrutural da economia, sob a inspiração da ideologia neoliberal. Entre essas estratégias, encontram-se

7. Estratégia Social Boliviana (1989-1999), Estratégia de Desarrollo Económico y Social (1995), Estratégia Boliviana de Reducción de la Pobreza y Dialogo Nacional (2001).

os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC), por vezes organizados, inspirados e financiados por organizações multilaterais, com destaque ao Banco Mundial. São estratégias para enfrentar o desemprego, trabalhos precários e elevação da pobreza. (2015; p. 1)

Assim, apesar de se constituírem em programas redistributivos, seguem a lógica de manutenção da dependência estatal, já que apresentam enormes problemas em relação a uma articulação intersetorial (imprescindível) as demais políticas de natureza social como saúde, habitação, dentre outras. Ademais, como infere Biondo;

Os programas de transferência de renda possuem, hoje, reconhecida importância na medida em que cumprem o papel de acesso das classes subalternizadas à uma parte da riqueza socialmente produzida e permite o acesso aos mínimos sociais, isto é, a satisfação das necessidades primeiras dos indivíduos. Por outro lado, e contraditoriamente, tais programas constituem-se como parte das diretrizes dos organismos multilaterais como BM34 e FMI, constituindo uma agenda de políticas que prometem “o combate da pobreza extrema” por meio de medidas focalizadas e compensatórias, que priorizam o amortecimento do conflito social e a satisfação das necessidades humanas básicas pela via do mercado. (2010; p.73)

È nessa perspectiva que, a população dos idosos latinoamericanos também foi diretamente atingida com os programas de ajustes neoliberais dentre os quais, destacamos em nossa discussão o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁸ da Assistência Social implantado e efetivado no Brasil e o Programa Renta Dignidade ou Renta Universal de Vejes que constitui-se em um benefício, ou bônus (como denominam os bolivianos), semelhante ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) do Brasil, porém destinado somente para a população idosa, sem a cobertura das pessoas portadoras de deficiência.

METODOLOGIA

O procedimento metodológico constou do uso da pesquisa bibliográfica junto a bases de periódicos das ciências sociais aplicadas e da saúde nomeadamente, o sciELO (Scien-

8. A gestão do BPC é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), que é responsável pela implementação, coordenação, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do Benefício. A operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os recursos para o custeio do BPC provêm da Seguridade Social, sendo administrado pelo MDS e repassado ao INSS, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). (Ministério do Desenvolvimento Social, 2013)

tific Electronic Library Online) e o Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde). Preliminarmente, mapeamos a produção científica sobre os temas supracitados através de uma leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos constantes nas citadas bases de dados utilizando descritores combinados, tais como: benefício de prestação continuada; assistência social na velhice; proteção social à velhice; Política de Proteção à velhice no Brasil; Política de proteção à velhice na Bolívia. O recorte temporal compreendeu uma consulta às produções de 1996 a 2015 em relação a realidade brasileira, face a instituição do BPC em 1996 no país, e o período de 2007 a 2015 considerando a criação da Ley de La Renta Universal de Vejez ou Renta Dignidad, no contexto boliviano.

Após esta etapa inicial e já com o material a ser lido selecionado, passamos ao tratamento dos dados que consistiu no uso da técnica de leitura proposta por Lima e Miotto (2007) que envolve quatro etapas, quais sejam: leitura de reconhecimento; leitura seletiva; leitura crítica-reflexiva e por fim leitura interpretativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil segundo dados do (IBGE, 2015) temos atualmente 15 milhões de idosos no país. Evidencia-se com o aumento da população de idosos, decorrente da queda das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade infantil, e o avanço tecnológico da medicina, o fenômeno do envelhecimento vai adquirindo visibilidade e despertando interesse de vários estudiosos, exigindo do Governo um olhar cuidadoso, um olhar voltado para as diversas formas de proteção social, que assegure qualidade de vida e dignidade a essa etapa da vida.

De acordo com o estatuto do idoso estabelecido pela LEI nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 afirma especificamente no Art. 3º que,

“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”.

Nessa perspectiva no Brasil, pode-se observar que apesar dos direitos dos idosos serem garantidos em lei, o que se presencia são falhas na garantia e acesso a bens e serviços em detrimento ao aumento da expectativa de vida, pois o que temos presenciado são as políticas sociais brasileiras sendo efetivadas de modo fragmentadas, focalizadas, e seletivas. A imensa seletividade e focalização que os benefícios e programas sociais apresentam no Brasil alteram a condição dos beneficiários de pessoas portadoras de direitos para a de sujeitos

necessitados. Ressaltamos, pois, que infelizmente a Política de Assistência Social brasileira mesmo configurada como direito, ainda é vista por grande parte da população, como uma política de benemerência e solidariedade.

No que concerne a questão da Assistência Social, constituída como direito perante a Constituição Federal de 1988, pode-se afirmar em consonância com o MDS que:

A gestão da assistência social brasileira é acompanhada e avaliada tanto pelo poder público quanto pela sociedade civil, igualmente representados nos conselhos nacional do Distrito Federal, estaduais e municipais de assistência social. Esse controle social consolida um modelo de gestão transparente em relação às estratégias e à execução da política.⁹

Assim, com a expressiva desigualdade social, esse quadro se configura diversificado, principalmente com a implementação de políticas e programas de ajuste neoliberal nos últimos governos, que obrigam a redução dos gastos públicos gerando cortes significativos no financiamento das políticas sociais concomitante a outras medidas que subtraem direitos.

Nessa direção, hoje, no Brasil, os principais programas de transferência de renda incorporados à Política de Assistência Social são o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Vale dizer que o BPC se configura como um direito de cidadania, instituído pela Constituição Federal de 1988, garantido no âmbito da proteção social não contributiva da Seguridade Social e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7/12/1993; Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS; e pelos Decretos nº 6.214/ 2007 e 6.564/2008. O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS),

O BPC é considerado um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (MDS, 2015).

9. Citação retirada do site do Ministério de Desenvolvimento e Combate a Fome – MDS: Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial> Acessado em: 15/08/2015.

Dessa forma, compete ao MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), a implementação, a coordenação-geral, a regulação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do Sistema Único da Assistência Social (Suas) e da descentralização político-administrativa, prevista no inciso I do art. 204 da Constituição e no inciso I do art. 5º da Lei nº 8.742, de 1993.

Importa dizer, de acordo com (MDS), em 1996, quando foi instituído, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) atendia 346 mil pessoas. Em abril deste ano, quase 20 anos depois, o benefício já é recebido por mais de **4 milhões de brasileiros e brasileiras, sendo 1,84 milhões de pessoas idosas (a partir de 65 anos) e 2,18 milhões de pessoas com deficiência, de todas as idades. Para se ter ideia do tamanho deste investimento em cidadania, o total de recursos investidos no BPC em 2013 ultrapassou os R\$31,4 bilhões.**

Como o Benefício de Prestação Continuada tem o objetivo de combater a pobreza, buscando englobar aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, sua filosofia está alicerçada nos condicionantes necessários para que esse grupo (idosos/deficientes) tenham acesso a esse direito. Dentre os condicionantes para receber o BPC, o requerente deverá de acordo com a rede SUAS:

CONDICIONALIDADES PARA ADQUIRIR O BPC
<ul style="list-style-type: none">• Comprovar ter renda familiar per capita inferior a ¼ de salário mínimo;
<ul style="list-style-type: none">• Caso seja pessoa idosa, comprovar sua idade e comprovar que os familiares não tem condições financeiras de arcar com as despesas necessárias;
<ul style="list-style-type: none">• Caso seja pessoa com deficiência, comprovar a existência de impedimentos de longo prazo (de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e que produzam efeitos por ao menos dois anos) e limitações no desempenho de atividades e restrições na participação social. A comprovação se dará por meio de avaliação médica e social realizada pelos profissionais do INSS.

Vale destacar, que apesar das condições de elegibilidade para adquirir o benefício, com relação ao seu caráter, o BPC não se caracteriza como uma aposentadoria, mas sim como um benefício assistencial. Em primeiro lugar, porque não integra a Previdência Social e não dá o direito ao 13º salário.

Semelhante ao Brasil, a Bolívia vivenciou intensos anos de Ditadura Militar e posteriormente se instaura um período considerado democrático, em meados dos anos 1980, com adoção de políticas de ajustes neoliberais, as quais vêm intensificar o panorama de

desigualdades sociais, “centrado no combate à inflação com liberalização do comércio externo, privatizações e a atração de investimentos” (LINS, 2009, p. 233)

Em meio a esse contexto neoliberal, evidencia-se a insatisfação da população, o fortalecimento dos movimentos sociais e dos setores de esquerda. Tal fato contribui para que em 2006 ocorra a posse do primeiro Presidente indígena e líder do Movimento ao Socialismo – MAS, Juan Evo Morales Ayma. A chegada do novo Presidente, imbuído de ideais mais democráticos, trouxe muita repercussão nas políticas sociais implantadas, muitas das quais incorporadas na revisão constitucional de 2007.

No entanto Stefanoni adverte que;

A nova Carta Magna promove uma ampliação dos direitos políticos e sociais, individuais e coletivos, e introduz uma série de inovações que incluem o “caráter plurinacional e comunitário” do Estado, reconhecendo as “36 nações originárias” que formam a Bolívia (cada idioma nativo é oficial em sua zona de influência e os empregados públicos deverão aprender obrigatoriamente um deles). Ainda, separa-se o Estado da religião, permite a reeleição presidencial uma única vez e incorpora a figura do referendo revogatório para presidente, governadores e prefeitos por iniciativa dos cidadãos. Porém, sem dúvida a principal inovação do texto constitucional é a substituição do Estado unitário por um novo Estado autônomo, que compreende também autonomias departamentais e indígenas. (2010; p.117)

Sem dúvidas observa-se desde então, um processo de ruptura no país, apesar de muitas análises inferirem se tratar de mudanças meramente simbólicas. Contudo, há que se ressaltar um processo de desconstrução de estigmas e mudanças nas pactuações das elites claramente constatadas através do caráter assumido pelos discursos emancipatórios em meio a uma história de colonialismo interno, na qual grande parte dos bolivianos ou foi tratada como cidadão de segunda classe, ou teve a cidadania negada. (Stefanoni; 2010)

Dentre as conquistas celebradas com a gestão do atual presidente, Evo Morales, podemos citar, no campo das Políticas Públicas Sociais, a criação da Lei nº 3791 de 28 de novembro de 2007, denominada Ley de La Renta Universal de Vejez ou Renta Dignidad. Essa Lei se estabelece no regime de Seguridade Social não contributivo e prevê a concessão de um benefício com renda mensal vitalícia destinada aos idosos com 60 anos ou mais de idade, que sejam residentes no território boliviano e não recebam nenhuma pensão ou outro tipo de renda proveniente do Orçamento Geral da Nação. De acordo com as Estatísticas do Ministério da Educação (Febrero/2008 a Febrero/2015), o Renta Dignidad possui cerca de 1.103.835 beneficiários, o correspondente a 10% da população total boliviana.

Salientamos que os idosos que já possuem alguma renda (desde que não seja do

Orçamento Geral da Nação), também poderão receber o benefício, porém, com valor equivalente a 75% do total pago no Renta Dignidad.

O valor total do benefício era de 200 Bs, até que foi criada a nova Lei nº 378, de 16 de Maio de 2013, corrigindo o valor para 250 Bs (R\$ 112,48) aos idosos que não possuam outra renda e 200 Bs (R\$ 89,98) aos que possuem. Além do direito a essa renda, o Renta Universal de Vejez também prevê gastos funerários, em caso de morte do beneficiário, no valor de 1.800 Bs (R\$ 809,82), de acordo com o artigo 57 da Lei nº 065, de 10 de dezembro de 2010, denominado “Ley de Pensiones”.

Levando em consideração tal fato, podemos sinalizar que esse Programa de Transferência de Renda, assim como tantos outros, apesar da relevância para o indivíduo, sociedade e estado, sobretudo no que tange a diminuição da incidência da pobreza, ainda tem muito que avançar para assegurar ao cidadão uma vida com dignidade, principalmente aos que não tem ou não tiveram acesso ao mercado formal de trabalho. Biondo (2010, p. 67), assevera que,

“Na Bolívia, a concessão de salários um pouco mais dignos ainda restringe-se ao setor contributivo, o que pode ser preocupante dado o contingente de pessoas que pertencem ao setor formal e informal de trabalho, sem mencionar aquela parcela da população que se encontra em situação de desemprego.” (BIONDO, 2010, p. 67)

O Renta Dignidad vem substituir o antigo Programa Bonosol, similar ao Renda Mensal Vitalícia¹⁰ (RMV) existente no Brasil, anteriormente ao BPC. O Bonosol concedia uma renda mensal aos idosos a partir de 65 anos e o valor era menor que o estipulado no Renta Dignidad. A mudança de um para o outro determinou o alcance maior de beneficiários ao Programa, tendo em vista que diminuiu em 5 anos o limite da idade. Como bem acresce Stefanoni;

O eixo das políticas sociais de Evo Morales é o bônus de transferência de renda, financiado com recursos dos hidrocarbonetos, com um critério relativamente universalista. Um de seus principais suportes é o programa de bônus destinados à infância, aos idosos e às mulheres grávidas. Num país com ampla maioria da população na economia informal urbana ou na atividade rural, um dos setores mais vulneráveis é, sem dúvida, o dos idosos sem acesso à aposentadoria. Dessa forma, o atual go-

10. “A Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi criada por meio da Lei nº 6.179/74 como benefício previdenciário destinado às pessoas maiores de 70 anos de idade ou inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, em um ou outro caso, não exerciam atividades remuneradas e não auferiam rendimento superior a 60% do valor do salário mínimo. Além disso, não poderiam ser mantidos por pessoas de quem dependiam, bem como não poderiam ter outro meio de prover o próprio sustento”. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada-1/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada>> Acessado em: 17/08/2015.

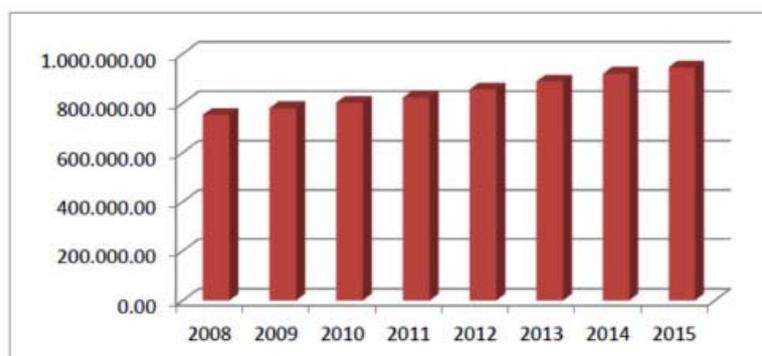
verno ampliou a cobertura do Bonosol – criado pelo presidente Gonzalo Sánchez de Lozada nos anos 1990 – às pessoas maiores de sessenta anos, rebatizou como Renda Dignidade e o tornou mensal ao invés de anual. O montante chega a duzentos bolivianos, o equivalente a trinta dólares por mês. No caso das políticas de previdência, o projeto oficial – que está sendo negociado com a COB e outros setores sociais – prevê a redução da idade de aposentadoria para 58 anos e tende a conservar o sistema de capitalização no lugar de contribuição. Ainda que se pretenda substituir as Administradoras de Fondos de Pensões (AFP) privadas por um tipo de AFP estatal e constituir um fundo solidário por meio de tributação de trabalhadores e patrões para sustentar uma renda mínima, vão ser mantidas as contas individuais dos inscritos, o que representa, para além dos detalhes da reforma, uma política econômica moderada. (2010; p.210)

De acordo com o artigo 9 da *Ley de la Renta Universal de Vejez*, o financiamento desse benefício e das despesas com funeral, provém:

- a) El 30% de todos los recursos percibidos del Impuesto Director a los Hidrocarburos (IDH), de las Prefecturas, Municipios, Fondo Indígena y Tesoro General de la Nación.
- b) Los dividendos de las Empresas Públicas Capitalizadas en la proporción accionaria que corresponde a los bolivianos. Los recursos generados por las fuentes de financiamiento señaladas, deben ser depositados en la cuenta del Fondo de la Renta Universal de Vejez.

Os números mais recentes em relação ao número de beneficiários do Renda Dignidad apontam para uma cobertura crescente nos últimos oito anos, como é possível constatar no quadro que segue:

Número de usuários do Renta Dignidad



Fonte: Efecto de la Renta Dignidad en el nivel de pobreza, ingreso y consumo en Bolivia; 2015

Ademais, os mais recentes monitoramentos realizados acerca do programa dão conta de que há também um equilíbrio de gênero no usufruto do benefício, como é possível constatar no gráfico que segue:



Fonte: <http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Paginas/Renta-Dignidad.aspx>, 2016

Por outro lado, no que se refere as pessoas que possuem o “Renta Dignidad” como única fonte de renda, os dados se mostram diferentes, ou seja, apontam pra um percentual muito acima dos que possuem outras fontes de renda, como comprova o gráfico que segue:



Fonte: <http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Paginas/Renta-Dignidad.aspx>, 2016

Como sinaliza Biondo,

Para os bolivianos que se enquadram nos requisitos, porém têm acesso a algum tipo de renda ou pensão, com exceção de remunerações por parte do TGN, o benefício também é garantido, mas com um decréscimo de 25%, ou seja, terão direito ao valor mensal de 150 Bs. (2010; p.65)

No entanto é importante ressaltar que apesar do seu caráter positivo no que compete viabilizar o acesso das camadas mais pobres a uma parte da riqueza socialmente produzida (combatendo os índices da extrema pobreza), o Renta Dignidad constitui-se num programa assistencial que integra uma agenda de políticas que traz em sua gênese, medidas focalizadas e compensatórias, satisfazendo os interesses do capitalismo e ou mercado.

Diante do exposto, constatamos a semelhança do Renta Dignidad com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) existente no Brasil, com algumas diferenças, dentre as quais podemos observar no seguinte quadro:

CRITÉRIOS DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIOS	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC- (BRASIL)	RENDA DIGNIDAD OU RENTA UNIVERSAL DE VEJES (BOLÍVIA)
Aparato legal	Regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7/12/1993; Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011.	Estabelecido pela Lei de nº 3791 de 27 de novembro de 2007.
Público Alvo	- Destinado a idosos igual ou maior que 65 anos; -Destinado a pessoa com deficiência em qualquer idade.	Destinado a idosos igual ou maior que 65 anos.
Direito assegurado	- Assegurado um salário mínimo equivalente a R\$ 788,00 reais.	- Assegurado 250 Bs para o idoso que não possuir nenhuma renda; - 200 Bs quem já receba alguma outra renda, desde que não seja do Tesouro Geral da Nação; - 1.800 Bs para gastos com funeral.
Exigências	-Exige comprovação de renda mínima, ou seja, terá direito ao benefício, o idoso que comprove a renda familiar per capita inferior a ¼ do salário mínimo.	- Não exige comprovação de renda mínima.

No cenário brasileiro, o BPC se constitui como um direito regulamentado pela LOAS (como já mencionamos) e difere da Bolívia no critério do público alvo, por enquadrar além dos idosos com 65 anos de idade, os deficientes, fato este considerado plausível no tocante as políticas inclusivas em nossa sociedade.

Contudo segundo Silva;

Desde sua regulamentação o BPC é objeto de muitas discussões e passou por diversas alterações em seus critérios, sendo ainda alvo de muitos questionamentos por não abranger parcela significativa de deficientes e idosos pobres. Um dos pontos mais controversos é a renda adotada, estipulada no valor de um quarto do salário mínimo por pessoa. Esse critério tem sido questionado desde a edição da lei, já que a

adoção de um limite de renda tão exígua acaba por impossibilitar que importante parcela da população privada de recursos tenha direito ao benefício. Contudo, até o momento o critério de renda permanece inalterado. Atualmente, para elegibilidade ao benefício, são analisados: o grupo familiar, composto “pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto” (Brasil, 2011a); a idade de 65 anos ou mais (para benefícios de idoso). (2012; p. 561)

Por outro lado é relevante assinalar que a Bolívia consiste num país com uma maior cobertura de aposentadorias para idosos em relação ao Brasil. Contudo, em relação ao programa brasileiro (BPC) percebemos um diferencial em relação ao aspecto salarial, pois a cobertura se dá equivalente a um salário mínimo, o que é considerado aqui pelo governo nacional um valor que supre as mínimas necessidades básicas de sobrevivência, uma vez que a cobertura do benefício está vinculado ao salário mínimo. Já se formos analisar o valor do benefício do Renta Dignidad na Bolívia, verificamos que o valor estabelecido não chega nem a metade do salário mínimo adotado na realidade boliviana, o qual consiste atualmente em 1.656,00 Bs¹¹ (aproximadamente R\$ 745,03). Assim, embora alguns dados comprovem o impacto positivo que o programa teve face redução da pobreza da população boliviana, e a expansão da cobertura previdenciária, conforme sinaliza documentos da CEPAL (2015) e Ferro (2015), observa-se a partir de 2013 a existência de algumas modificações na gestão do programa, o que tem produzido barreiras de inclusão para alguns cidadãos.

Como adverte Ferro;

Observa-se, no entanto, que as pessoas maiores de 60 anos que recebem um benefício do Tesouro Geral da Nação (TGN) –logo que integraram o sistema contributivo -não são elegíveis ao Renda Dignidade. Todas as pessoas acima de 60 anos que não recebiam outros benefícios até maio de 2013 recebiam um benefício de 2.400 bolivianos anuais (aproximadamente \$345). A partir de maio de 2013, estas pessoas passaram a ter direito a 3.000 bolivianos anuais (aproximadamente \$431). As pessoas que já são beneficiárias do sistema de aposentadoria contributivas até maio de 2013 recebiam um benefício de 1.800 bolivianos anuais (150 bolivianos por mês). (2015; p.51)

Apesar das condições sociais, culturais e econômicas do Brasil se diferenciar em muitos aspectos as da Bolívia, sabemos que as políticas sociais em ambos países se deram de forma tardia, voltadas na essência para a reprodução do capitalismo, marcadas sobretudo pela permanência de problemas estruturais seculares.

¹¹ Valor retirado do site <http://www.salario-minimo.com>

Ademais, a situação de empobrecimento do idoso latino-americano persiste, mesmo observados alguns avanços (como a implementação dos programas objetos deste estudo). Em síntese, a base do problema advém, sobretudo, dos modelos de desenvolvimento econômico adotados por Brasil e Bolívia e a condição de periferia do capitalismo que os mesmos assumem, produzindo contradições e fragilidades às iniciativas de ampliação dos direitos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que diversos países da América latina desenvolvem programas de transferência condicionada que objetivam “erradicar” a pobreza através de transferência monetária destinada a famílias com finalidade de promover o consumo de bens e serviços básicos. Esses programas apesar de favorecerem a população vulnerável e idosa de forma emergencial, são ineficazes em relação ao enfrentamento da pobreza, uma vez que, não conseguem chegar a raiz das desigualdades sociais criadas pela sociedade capitalista principalmente no que tange aos países periféricos.

No Brasil e na Bolívia esse quadro não é diferente. Os programas de transferência condicionada implantados, nomeadamente o BPC e o Renta Dignidad respectivamente, apesar de possibilitarem a inserção das camadas mais pobres no processo de circulação de mercadorias, apresentam-se como estratégias que tangenciam o problema da concentração de riqueza e por conseguinte a diminuição das desigualdades sociais.

REFERÊNCIA

ALVIM, Renata Baia A. R. **Seguridade Social na América Latina: Trajetória recentes de reforma e contrarreforma.** Dissertação de Mestrado em Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2011.

BIONDO, Josiane. **O Benefício de Prestação Continuada no Brasil e o Renta Dignidad Na Bolívia:** Uma Análise desde a perspectiva Latino-Americana. Monografia (Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Serviço Social. Florianópolis – SC. p. 77f, 2010.

BOLÍVIA, Ley nº 065, de 10 de Dec/2010. **La Primera Ley Consensuada con los Trabajadores.** Ministério de Economía e Finanzas Públicas. Disponível em: < <https://www.bcb.gob.bo/MesaDePartes/files/Ley-065-Pensiones.pdf>> Acesso em: 01/07/2015.

BOLÍVIA, Ley nº 3791, de 28 nov de 2007. **Ley de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad)**. Disponível em: http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/VPSF/documentos/Pensiones/Leyes/Ley_3791_renta_Universal_de_vejez.pdf Acesso em: 29/06/2015

BOLÍVIA, <http://www.aps.gob.bo/estadisticas/Paginas/Renta-Dignidad.aspx>. Acesso em 12/12/2016

BOLÍVIA. Efecto de la Renta Dignidad en el nivel de pobreza, ingreso y consumo en Bolivia, Disponível em: <https://www.bcb.gob.bo/eeb/sites/default/files/9eeb/archivos/Viernes%202/304/Efecto%20de%20la%20Renta%20Dignidad%20en%20el%20nivel%20de%20pobreza%20ingreso%20y%20consumo%20en%20Bolivia.pdf>. Acesso em 7 de Fevereiro de 2017.

CEPAL, Sede Subregional México Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Políticas y Análisis del Desarrollo UNIDAD DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS ECONÓMICAS Y SOCIALES (UDAPE). **Políticas macroeconómicas, choques externos y protección social en bolivia**. Junho de 2010.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso Mioto. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. Katálisis. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

FERRO, Tatiana Matos. **O Piso de Proteção Social e seu Desdobramento na Implementação de Uma Aposentadoria Básica**. Monografia de Bacharelado em Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2015

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

SILVA, Ozanira ET alii. **Programas de Transferência de Renda na América Latina: contextualização, a pobreza em foco e os significados e controvérsias do potencial das condicionalidades para formação de capital humano e capital social**. Anais Joinpp, Maranhão, 2015,

SILVA, Naiane L. **A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 111, p. 555-575, jul./set. 2012

STEFANONI, Pablo. **Governo Evo Morales: permanências, mudanças e desafios**. Lutas Sociais, São Paulo, n.24, p.115-131, 2010.

TORRES. Maria Adriana. **Trabalho, direitos e Políticas sociais na América Latina**. Org Maceió: EDUFAL, 2013.

Desafios das Redes Intersetoriais na Gestão da Proteção Social

Waleska Ramalho Ribeiro¹
Jorge Manuel Leitão Ferreira²

RESUMO

O presente artigo busca problematizar o desafio das redes intersetoriais na gestão da proteção social no âmbito das políticas sociais como uma metodológica estratégica de proteção social frente as demandas sociais na contemporaneidade. A abordagem centra-se em primeiro plano na conformação do Estado enquanto ente de regulação que consolida responsabilidade social e pública frente às políticas sociais, em segundo destacamos a intervenção em rede como metodologia de trabalho que busca respostas as demandas sociais que são postas entre serviços e políticas sociais³.

PALAVRAS-CHAVE: Estado, Políticas Sociais, Trabalho em Rede.

ABSTRACT

The present article seeks to problematize the challenge of intersectoral networks in the management of social protection in the scope of social policies as a strategic methodological of social protection against the social demands in the contemporaneity. The approach focuses in the foreground on the conformation of the State as a body of regulation

1. Doutoranda em Serviço Social pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE). Docente da Faculdade de Ensino Pesquisa e Extensão (Fabex). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/UFPB). Email: waleska.candido@hotmail.com

2. PHD em Serviço Social. Coordenador do Programa de Doutoramento em Serviço Social do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE). Professor Visitante Universidade Complutense Madrid Universidade Granada Escuela. Email: Jorge.manuel.ferreira@iscte-iul.pt

3. Para Rodrigues a política social pode ser conceituada pelo conjunto de áreas (saúde, segurança social, habitação), pelos problemas para que dis dirigir-se (delinquência, desemprego, pobreza), pelos grupos grupos-alvo e ainda, por finalidades de valorização humana e promoção social. Trata-se de uma forma de compreensão da política social relativamente expandida quer entre os decisores de política, quer ainda, entre os agentes diretamente implicados na gestão do quotidiano das políticas sociais. (Rodrigues, 1999:27).

that consolidates social and public responsibility in relation to social policies. Secondly, we emphasize network intervention as a work methodology that seeks to answer the social demands that are placed between services and social politics

KEYWORDS: State, Social Policies, Networking

1 O ESTADO E AS POLÍTICAS SOCIAIS

A reflexão pontuada por Rodrigues (1999) vai demarcar que a política social passa pelo Estado enquanto ente coletivo de regulação que consolida a responsabilidade social e pública e com isto universaliza um padrão para a sociedade. A política social não se desvincula dos padrões e reivindicações sociais, uma vez que a imanência do Estado não se materializa de forma natural (Rodrigues, 1999, p.29).

A concepção de Estado tratada neste trabalho corrobora com as análises pontuadas por Gramsci, em que “o Estado não é um fim em si mesmo, mas um aparelho, um instrumento, é o representante não de interesses universais, mas particulares; não é uma entidade superpostas a sociedade subjacente, mas é condicionada por esta e, portanto, a esta subordinado; não é uma instituição permanente, mas transitória, destinada a desaparecer com a transformação da sociedade que lhe é subjacente” (Bobbio, 2002, p.47).

O Estado emerge como instrumento jurídico e político, territorialmente inscrito para mediar os conflitos entre os diversos grupos sociais, configurando-se num dado espaço geográfico, numa dada cultura e num tempo histórico determinado para conter as contradições existentes no modo de produção capitalista.

A centralidade do Estado nacional na concepção e sustentação das políticas sociais justifica ser interrogado a luz das consequências da globalização. Com base no percurso e tendências do Estado analisado nas últimas décadas uma nova forma de Estado. De fato, parece estarmos orientados para uma forma de estado pós-bem-estar. Ele permanecerá um estado intervencionista e regulador, suficientemente forte para produzir eficientemente a sua fraqueza, abrindo espaços para a substituição parcial da obrigação política por relações contratuais entre cidadãos, empresas, organizações não governamentais (ONG's) e o próprio Estado (Rodrigues, 1999, p.41).

Dessa forma, o papel de mediador e ao mesmo tempo fiador do capitalismo reafir-

ma o que Piana(2009) vai chamar de uma ideologia em defesa dos interesses do capital, favorecendo grupos monopolizados, em detrimento dos trabalhadores, realidade essa, velada por um discurso de direitos individuais, tem-se a naturalização da desigualdade social, a busca pela eficiência e competitividade no mundo da globalização. Para Sposati (2000), “o maior impacto da globalização se manifesta na desregulamentação da força de trabalho, no achatamento de salários e no aumento do desemprego” (Sposati, 2000, p.64). Esta é a face perversa da globalização, pois em vez de traduzir melhores condições aos povos, vem trazer a globalização da indiferença com os excluídos (Piana, 2009, p.32).

O cenário contemporâneo mundial aponta para “o desmonte das políticas nacionais de garantias sociais básicas, cujas principais implicações estão voltadas aos cortes de programas sociais à população de baixa renda, à diminuição dos benefícios da seguridade social e à criminalização da pobreza com o incentivo às práticas tradicionais de clientelismo, à filantropia social e empresarial, à solidariedade informal e ao assistencialismo, revestidos de práticas alternativas e inovadoras para uma realidade de pobreza e exclusão social” (Pereira, 1992, p.23).

Segundo Piana (2009) citando Pastorini (2006), as políticas sociais possuem três funções determinantes, tais sejam:

(...) as funções das políticas sociais (e públicas) que são: econômica, política e social. No que diz respeito à função econômica, tem-se a ação do Estado por meio da transferência direta ou indireta (pagos pela população por meio de impostos) de bens, recursos e outros, aos usuários mais carentes da população, oferecidos em forma de prestação de serviços sociais como a saúde, a educação e a assistência social, visando ao “barrateamento da força de trabalho e conseqüente acumulação ampliada do capital” (Pastorini, 2006:87). Essas ações apresentam-se como formas compensatórias às quedas do salário real, desobrigando o capitalista a atender exclusivamente as necessidades de sobrevivência e reprodução da força de trabalho. Com isso, no contexto atual, parte desses custos são retirados das empresas e designadas ao Estado que possui a tarefa de suprir as necessidades básicas da classe trabalhadora, por meio das políticas sociais (idem, p.88).

A função social, afirma-se que as políticas sociais têm por objetivo o atendimento redistributivo dos recursos sociais, por meio de serviços sociais e assistenciais, para um complemento salarial às populações carentes. Contudo, esta função dissimula as verdadeiras funções que as políticas sociais desempenham no mundo capitalista ao apresentarem-se como mecanismos institucionais que compõem uma rede de solidariedade social que objetiva diminuir as desigualdades sociais, oferecendo mais serviços sociais àqueles que têm menos recursos (Pastorini, 1997:88).

Por fim, a função política das políticas sociais diz respeito ao contexto de lutas entre as classes sociais opostas, não podendo ser vistas como meros favores das classes dominantes para os dominados, nem como

conquista das reivindicações e pressões populares. Na concepção geral de Estado,10 tem-se interesses e disputas das classes, não sendo exclusivamente instrumento da classe dominante. Com isso, as políticas sociais apresentam-se como expressão da correlação de forças e lutas na sociedade civil, e concessões dos grupos majoritários no poder objetivando obter legitimidade e controle social (Pastorini, 2006, p.89).

Segundo Faleiros (1991), as políticas sociais devem ser entendidas “como produto histórico concreto a partir do contexto da estrutura capitalista; com isso, as políticas sociais são formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contrahegemonia da luta de classes. [...] as políticas sociais, apesar de aparecerem como compensações isoladas para cada caso, constituem um sistema político de mediações que visam à articulação de diferentes formas de reprodução das relações de exploração e dominação da força de trabalho entre si, com o processo de acumulação e com as forças políticas em presença” (Faleiros, 1991, p.45-80).

Montano (2007), citando Carvalho e Martinelli vai dizer que as “Políticas sociais são, portanto, *“instrumentos privilegiados de redução de conflitos, que contém conquistas populares, sendo estas travestidas de concessões do Estado e/ou empresa”* (Idem). Elas são, então, instrumentos focalizados em cada uma das refrações da ‘questão social’ fragmentadas, o que dá certamente respostas pontuais às suas instituições implementadoras. Já o Assistente Social *“aparece como um ator subalterno e com uma prática basicamente instrumental. Seu campo privilegiado de trabalho é o Estado (...) e a base de atuação é conformada pelas políticas sociais”* (Montano, 2007, p.30).

Para Ribeiro (2012) essa nova ordem *societal* implantada pelo viés do capitalismo e com as determinações que a era da informação coloca no universo das relações sociais, emergem novas formas de se relacionar e de viver na atualidade. Esse mecanismo vai gerar um ambiente de compartilhamento de informações por meio da comunicação e troca de informações onde a participação da sociedade ganha amplitude, pois essa participação vai exigir da administração pública novas ferramentas na implementação de **ações nas instituições sociais** (Ribeiro, 2012, p.09).

Ainda Ribeiro citando Scherer-Warren, vai dizer que há três fatores determinantes para a utilização das redes sociais nas políticas sociais: Primeiramente, a democratização dos países latino-americanos, que permitiu a proliferação das organizações sociais e a reivindicação de maior participação do Estado na gestão das políticas públicas. Posteriormente, o desenvolvimento tecnológico das redes informatizadas viabilizou a comunicação inter-organizacional de forma cada vez mais ágil. O terceiro fator foi um movimento internacional de estímulo à formação de redes setoriais, transregionais e transnacionais (Scherer-Warren, 1999, p.33).

Tais fatores impulsionaram o Estado a adotar formas mais ampliadas de gestão públicas sob o viés da articulação político-administrativa tendo por base a metodologia do trabalho em rede como estratégia de “aperfeiçoar a eficiência e a legitimidade da formulação das políticas” (Borzel, 2008, p.218).

2 O TRABALHO EM REDE INTERSETORIAL COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO E PROTEÇÃO SOCIAL ENTRE SERVIÇOS E POLÍTICAS SOCIAIS⁴

As redes sociais têm sido abordadas por diversas áreas do conhecimento e com diferentes facetas analíticas⁵, ou seja, parte de uma geometria que se operacionaliza a partir de estruturas coordenadas. Essa condição, ao mesmo tempo em que abre inúmeras possibilidades de análise, trazem também, dificuldades no significado/conceito como também nas estratégias de intervenção em rede. Assim, no vértice da construção do material teórico identificamos o ponto de partida do estudo das redes sociais, as principais correntes, os diversos conceitos e sua utilização pelas diversas ciências até chegar nas políticas sociais (Ribeiro, 2012, p.10).

A construção das ações pautas no trabalho em rede possui três vertentes determinantes: A primeira trabalhada pelo pesquisador Jacob Moreno, que desenvolveu seus estudos em 1934, com o uso de sociogramas e matrizes sociais no qual se associava a teoria da Gestalt, cuja principal inovação de Moreno foi o desenvolvimento dos sociogramas como forma de representação das propriedades formais de configurações sociais. Os sociogramas desenvolvidos por Moreno são grafos onde os atores de um determinado grupo social são representados por pontos e as relações entre os atores são representadas por linhas ligando os pontos. A segunda vertente está relacionada à Escola de Harvard, que também nos anos de 1930 e 1935 antropólogos e sociólogos estavam desenvolvendo algumas das ideias do antropólogo social britânico Radcliffe-Brown. Os primeiros trabalhos de Warner adotavam os métodos e ideias de Radcliffe-Brown na maneira tradicional de estudar as tribos australianas e através de seu contato com Mayo, ele formulou a ideia de aplicar métodos antropológicos ao estudo de modernas comunidades urbanas. Seguindo a terminologia usada por Moreno e outros sociólogos alemães, Warner referiu-se às “configurações sociais”, sustentando que a organização social de uma comunidade consistia de uma teia de relações, através das quais as pessoas interagiam entre si, através de vários tipos de subgrupos, como

4. A construção deste conteúdo pauta-se no trabalho dissertativo de Waleska Ramalho Ribeiro, cujo título versa sobre “As redes interseccionais e o território da proteção social em João Pessoa”. 2012.

5. Verifica-se na revisão bibliográfica acerca das redes sociais, que este conceito tem sido abordado por profissionais da Administração, Medicina, Odontologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Sociologia, entre outros.

a família, o grupo da igreja, classes e associações. A terceira corrente está ligada aos antropólogos de Manchester ligados ao Departamento de Antropologia Social da Universidade de Manchester, principalmente John Barnes, Clyde Mitchell e Elizabeth Bott.

A partir desses estudiosos, o arcabouço da teoria de análise de rede social tomou impulso. Os antropólogos de Manchester tiveram forte influência dos estudos apontados por Radcliffe-Brown, no entanto, desenvolveram suas pesquisas em novas direções, que apontaram para o conflito e mudança nas sociedades africanas complexas (Ribeiro, 2012, p.10-11).

A partir do ano de 1969, o uso do conceito de redes sociais se prolifera por parte de antropólogos e sociólogos, segundo Wolfe⁶ (1978), uma série de artigos marcaram o advento da teoria de redes aplicada ao estudo de fenômenos sociais. Ele cita alguns destaques, como a obra *Redes Sociais em Situações Urbanas*, organizada por Clyde Mitchell e publicada em 1969, um número especial da *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, publicado em 1970, sob organização de D. R. Aronson e *Análise de Redes: Estudos sobre a Interação Humana*, compilação de artigos organizada por Jeremy Boissevain e Clyde Mitchell e publicada em 1973 (Wolfe, 1978, p.57).

Na abordagem das redes sociais emergem conceitos com distintos enfoques. Diante disso, faz-se a seguir uma aproximação destas contribuições tendo em vista as diversas formas de abordagem dos autores (Ribeiro, 2012, p.13).

O significado etimológico da palavra deriva do latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com coberturas regulares que formam uma espécie de tecido, malha. No dicionário da língua portuguesa, a rede está associada à noção de fios, cordas, entrelaçamento, fixados em malha que formam como que um tecido comum (Aurélio, 1997, p.406), indica fluxo, movimento que gere aproximação com as mais variadas áreas de conhecimento.

Para Junqueira, rede “é uma proposta de ação, um modo espontâneo de organização em oposição a uma dimensão formal e instituída” (Junqueira, 1998, p.96).

Rede é um conjunto de relações que constitui uma estrutura no interior da qual cada nó ocupa uma posição com características específicas. Assim,

“rede é parceira voluntária para a realização de um propósito comum. Implica, nesse sentido, a existência de entes autônomos que, movidos por uma idéia abraçada coletivamente, livremente e mantendo sua própria identidade, articulam-se para realizar objetivos comuns. As redes se tecem através do compartilhamento de interações e sentidos e da realização de ações articuladas pelos parceiros” (Inojosa, 1998, p.1-2).

Para Castells, sua definição estabelece “[...] um conjunto de nós interconectados

6. Wolfe, Alvin. (1978). The rise of network thinking in anthropology. *Social Networks*, Amsterdam, Holanda. v. 1, n. 1, p. 53-64, 19

e que os nós dependem do tipo de rede” (Castells, 2005:566). Conforme estudo trazido por Castells (1998), a sociedade atualmente apresenta tendência em se organizar através de redes.

“[...] o estudo sobre as estruturas sociais emergentes nos domínios da atividade e a experiência humana leva a uma conclusão abrangente: como tendência histórica, as funções e os processos dominantes na era da informação estão cada vez mais organizados em torno de redes. Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades e a difusão da lógica de redes modifica, de forma substancial, a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Embora a forma de organização social em redes tenha existido em outros tempos e espaços, o novo paradigma da tecnologia da informação fornece a base material para sua expansão penetrante em toda a estrutura social” (Castells, 1998, p.565).

Encontramos distintas definições de rede, sua terminologia “no plural ou no singular, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a “forma” das relações sociais” (Sanicola, 2008, p.13).

Francisco Whitaker lembra que a estrutura em rede surge em contraposição à estrutura vertical, permitindo a horizontalidade das relações entre os membros:

O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Não há um “chefe”, o que há é uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo” (Whitaker, 1998, p.01).

A perspectiva do trabalho em rede, diferentemente do sistema institucional hierárquico, supõem uma estrutura extensa e horizontal, em que as relações intersetoriais⁷ adquirem potencial estratégico na administração pública. Neste sentido, problematizar a incorporação dessa metodologia na gestão pública, na operacionalidade dos serviços das políticas públicas constitui elemento potenciador para mediação dos problemas sociais.

Para Ferreira (2015), a intervenção em rede produz como mais-valia a desburocratização e a interdisciplinaridade nos serviços sociais reduzindo em muito as suas tarefas

7. A intervenção em rede desenha a intersecção entre o princípio da interdisciplinaridade associado a dimensão ética e ontológica pelo respeito e autonomia de cada saber no processo de intervenção. A intersetorialidade e o princípio do compartilhamento de ações tornam-se elementos estratégicos a serem consolidados na lógica da intervenção (Carvalho, 2013: 55).

administrativas, apresenta potencia também a reorganização dos Serviços sociais ao nível local com impacto na organização nacional; melhora a coordenação das intervenções sociais, prevenindo ações simultâneas e por vezes deformadoras na comunidade, nas pessoas e famílias - e reforça as dimensões de inter-ajuda e parceria entre os diferentes serviços implementados ao nível local, estabilizando recursos e garantindo maior efectivação da resposta social junto do cidadão (Ferreira, 2015, p.03).

Ainda na fonte de seus contributos Ferreira (2015) vai dizer que a intervenção profissional em Rede possibilita: Inovar/criar ao contrário da filosofia de trabalho isolado; fomenta uma articulação entre as organizações (Públicas/Privadas) e os grupos diferenciados, procurando em interação encontrar respostas que satisfaçam as necessidades decorrentes das questões sociais geradas pela estrutura socioeconómica (Ferreira, 2015, p.04).

Ferreira citando Jurgen Nowak vai dimensionar três tipos de redes: As redes sociais primárias ou micro-sociais, centrada na vida quotidiana dos elementos que constituem o agregado familiar e o meio social envolvente (membros da família, vizinhos, amigos).” As redes sociais secundárias ou macro-sociais, definidas como o conjunto de serviços, recursos e serviços sociais comunitários que interagem com o cidadão na resolução dos problemas sociais em questão. As redes sociais terciárias que integram os grupos de auto-ajuda, os serviços especializados de apoio ao cidadão no tratamento dos compromissos entre o cidadão e o Estado e os serviços sociais (públicos e Privados).

Essas redes fazem parte de um arcabouço de estratégias para produzir ações compartilhadas no território⁸, de modo que as demandas sociais sejam respondidas. Neste sentido, Ribeiro (2012), coloca que a ação em rede é uma proposta relevante e estratégica para o campo das políticas sociais, pois a partir dela podemos ultrapassar o traço histórico de ações fragmentadas, sobrepostas e principalmente que não reconhecem os sujeitos em sua totalidade (Ribeiro, 2012, p.118).

8. Conforme Haesbaert, o território deve ser “visto na perspectiva não apenas de um domínio ou controle politicamente estruturado, mas também de apropriação que incorpora uma dimensão simbólica, identitária e, porque não dizer, dependendo do grupo ou classe social a que estivermos nos referindo, afetiva” (Haesbaert, 1997, p.41).

3. NOTAS FINAIS

As redes no âmbito das políticas sociais vêm se constituindo como um instrumento estratégico para responder às demandas trazidas pela população e esse mecanismo de ação intersetorial tem ocupado lugar estratégico no território, o que faz com que as redes sejam uma proposta desafiadora no campo dos serviços e na gestão dos territórios de proteção social.

Ao tratar a dimensão metodológica verifica-se que a ação em rede não deve ser absorvida como uma prática tecnicista e funcionalista, mas pautado em procedimentos ético-políticos que agregue mudança na vida dos sujeitos.

Assim, Ferreira chama atenção para a aplicação da metodologia do trabalho em rede pautada por um quadro metodológico que oriente não só as práticas operativas, mas também as políticas e as organizações, como também a importância do conhecimento de cada unidade territorial (freguesia, bairro, rua), para aplicação do método cartográfico.

É evidenciado que o trabalho em rede enriquece a prática institucional, mas para que se tenha uma ação possível é necessário o diagnóstico do território, uma planificação e a participação da população na resolução das situações decorrentes da vida em sociedade. É também imprescindível destacar que no processo de articulação intersetorial se faz necessário criar protocolos de gestão entre as políticas, este implica em construir e reconstruir formas de cooperação, atendimentos e serviços que possam garantir os direitos sociais. Assim, o olhar positivo para as diferenças que perpassam as políticas devem somar potencialidades na execução das ações.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. (2002). **Ensaio sobre Gramsci e o conceito de sociedade civil**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra.

CASTELLS, Manuel. (1998). **A sociedade em rede**. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra.

FALEIROS, Vicente. (1991). **O que é política social**. 5 ed. São Paulo. Editora Brasiliense. Brasiliense.

FEREIRA, Jorge Manuel Leitão. (2015). **Uma abordagem de prevenção social integrada**. ISCTE-IUL.

HAESBAERT, R.(1997). **Desterritorialização e identidade**. Rio de Janeiro, ADUFF.

JUNQUEIRA, Luciano. (1998). Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. **Revista del clad**, N°. 12, venezuela.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo: Cortez, 2007.

PASTORINI, A (2006). As políticas sociais e o serviço social: instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades? In: MONTAÑO, C. **A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a especificidade e sua reprodução**. São Paulo: Cortez.

PIANA, Maria Cristina. (2009). **As políticas sociais no contexto brasileiro: natureza e desenvolvimento**. Editora UNESP. São Paulo. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vw-c8g/pdf/piana-9788579830389-02.pdf>. Acesso em: 02/03/2016.

RODRIGUES, Fernanda. (1999). **Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal**. CPIHTS. Portugal.

RIBEIRO, Waleska Ramalho. (2012). **As redes intersetoriais e o território da proteção social em João Pessoa**. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL.

SANICOLA, Lia. (2008). **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo. Editora Veras.

SPOSATI, Aldaiza. (2000). Globalização da economia e processos de exclusão social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília, DF: UnB.

WHITAKER, Francisco. (1993). Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Revista Mutações Sociais**, Rio de Janeiro.

O diálogo da Proteção Social no espaço da educação

Gyslanea Dayanne da Silva¹

Marcelo Gallo²

Marinalva de Sousa Conserva³

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma síntese da dissertação intitulada “Trajetórias de Acesso à Educação Profissional: o contexto de proteção social dos(as) estudantes do Instituto Federal de Pernambuco (IFPE) *Campus* Cabo de Santo Agostinho”, vinculada ao Projeto Casadinho PROCAD/Capes/CNPQ N°. 552248/2011-8, intitulado “A Política Pública de Assistência Social, Transferência de Renda e Territórios de Gestão da Proteção Social”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/PPGSS/UFPB).

Palavras-chave: Estado. Sociedade. Proteção Social. Educação Profissional.

ABSTRACT

The present work is a synthesis of the dissertation entitled “Trajectories of Access to Professional Education: the context of social protection of the students of the Federal Institute of Pernambuco (IFPE) *Campus* Cabo de Santo Agostinho”, linked to the Casadinho PROCAD Project / Capes / CNPQ N°. 552248 / 2011-8, entitled “Public Policy on Social Assistance, Income Transfer and Social Protection Management Territories”, developed by the Center for Studies and Research in Social Policies (NEPPS / PPGSS / UFPB).

Keywords: State. Society. Social protection. Professional education.

1. Mestre em Serviço Social pela UFPB, Especialista em Gestão de Programas e Projetos Sociais pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Bacharel em Serviço Social pela UFPE. Apresenta experiência profissional no espaço sociojurídico, na política de assistência social e na política de educação.

2. Doutor em Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social PUC/SP pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2013). Pós-doutorado no Programa de Estudos Pós Graduados em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (2014). Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2015) e Pós-doutorado em andamento Pós-doutorado na École des Hautes Etudes en Sciences Sociales - Paris (2016-2019).

3. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003); Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1990) e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (1984). Possui experiência na área de Serviço Social com ênfase nas Políticas Sociais, Gestão da Proteção Social, Desigualdades Socioterritoriais, Assistência Social, Transferência de Renda e Avaliação de Políticas Públicas. Atualmente, coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/PPGSS/UFPB).

INTRODUÇÃO

Ao longo da formação e do desenvolvimento histórico do Brasil, o arcabouço de proteção social estatal inscreve-se na agenda pública, num primeiro momento, no período que vai de 1930 até fins de 1980, assumindo duas direções: a médico-previdenciária de caráter contributivo que se pauta pela assistência médica e previdenciária aos trabalhadores do mercado formal; e a assistencial, em que as demandas da grande maioria da classe trabalhadora, sem vínculo formal de trabalho, eram relegadas às iniciativas da sociedade e da igreja, fundamentalmente da igreja católica. Esta numa perspectiva filantrópica, de respostas pontuais, emergenciais e fragmentadas às expressões da questão social, relacionadas tanto às condições socioeconômicas quanto aos ciclos de vida da população.

Nota-se, portanto, que tínhamos um arsenal restrito de mecanismos de proteção social estatal até o advento da Constituição Federal de 1988, reconhecida como Constituição Cidadã, por legitimar a participação social e garantir direitos sociais nas mais diversas esferas da sociedade, reconhecendo, como dever do Estado e direito do(a) cidadão(ã), garantias mínimas de sobrevivência que congregam demandas para o conjunto das políticas públicas.

Outra expressão que demarca este reconhecimento como Constituição Cidadã é o estabelecimento da seguridade social, que legitima as políticas de saúde, previdência e assistência social como políticas de proteção social.

Todavia, a implementação deste estatuto de proteção social ainda é inconcluso na sociedade brasileira, fundada no sistema capitalista de produção de orientação ideológica neoliberal. E é justamente sobre essa base contraditória na perspectiva da efetivação do princípio da universalização do acesso aos direitos constitucionalmente garantidos que iremos consolidar nossos apontamentos e análises no debate da proteção social no Brasil diante da realidade registrada pelos(as) estudantes pesquisados no que tange ao contexto de acesso à educação profissional.

Nesta direção, elucida-se que o grande desafio é concretizar a proteção social pela via do direito de cidadania, reconhecendo o(a) cidadão(ã) na totalidade das diversas relações e demandas expressas no cotidiano da vida em sociedade, não condicionando proteção por nível de renda, mas expandindo o diálogo para os múltiplos aspectos que conformam o ser social e suas necessidades individuais e coletivas.

Diante deste cenário de investimentos limitados no social e de recorrente desmonte das ações de proteção social pública, o debate ora apresentado busca, à luz da perspectiva crítica de base materialista-dialética, analisar as condições e o contexto de proteção social que referenciam as trajetórias de vida dos(as) filhos(as) da classe trabalhadora e mediam o acesso dos mesmos à educação profissional.

Nestes termos, levar-se-á em consideração a dinâmica de relações estabelecidas

com a família, a comunidade e os espaços públicos num sentido amplo, mediante os equipamentos e as instituições territorialmente referenciadas, redes de solidariedade estabelecidas e espaços de participação social constituídos.

O *locus* escolhido para a realização do estudo em pauta foi o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) *Campus* Cabo de Santo Agostinho, espaço de atuação profissional da pesquisadora em tela, que, através dos programas institucionais voltados para a assistência ao estudante, é instigada a fazer a leitura da realidade vivenciada pelos estudantes, que transpassa o fato de estarem na instituição e percorre toda trama de relações por eles estabelecidas para além dos muros institucionais.

Cabe demarcar que o público-alvo da pesquisa que originou o presente trabalho foi definido segundo os seguintes critérios: estudantes matriculados no semestre letivo 2015.1, participantes do Programa Bolsa Permanência, instituído com base no Programa Nacional de Assistência Estudantil (BRASIL, 2010), e concomitantemente, oriundos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, o qual é reconhecido por avaliações de organismos nacionais e internacionais como a grande investida do Estado brasileiro na seara da proteção social.

A partir dos critérios apresentados, registramos que no universo de 230 estudantes matriculados no semestre de referência da pesquisa, 113 (49%) deles recebiam o auxílio financeiro do Programa Bolsa Permanência e 23 (10%) eram oriundos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Neste sentido, numa referência dialética, pretende-se elucidar a relação contraditória entre a base (sociedade, na qual se inclui a família) e a superestrutura (Estado) no contexto da atual conjuntura social, na qual a luta de classes se mantém presente. E no esforço intelectual, tecer respostas aproximadas a realidade dinâmica que perpassa os desafios e as possibilidades do cotidiano numa relação dialética entre proteção e desproteção social.

1 O DEBATE DA PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO

O advento das discussões e do arcabouço de um sistema de proteção social público deu-se no século XIX como resultado das constatações do cenário de vulnerabilidade e inseguranças sociais advindas do processo de industrialização e degradação das condições de trabalho da classe assalariada.

A saber, o contexto que antecede a era da industrialização e urbanização das sociedades modernas é marcado por relações de proteção social estabelecidas por meio da solidariedade e da ajuda mútua de base familiar e/ou comunitária, além das ações benemerentes de cunho religioso, demarcando-se nesta seara o coadjuvante papel da Igreja Católica.

A partir da adoção desta nova base produtiva, assentada na expansão das cidades e na afirmação do “império” da industrialização, o qual por um lado submetia a população empregada a condições de trabalho degradantes e por outro lançava à miséria aqueles que não conseguiam alcançar a condição de assalariado no mercado de trabalho, tornou-se necessária a intervenção pública no atendimento às diferentes expressões da questão social, antes relegadas ao âmbito privado/individual.

Esta dinâmica de múltiplas expressões da questão social, provenientes da base de exploração do trabalho pelo capital e da ausência do Estado na intervenção junto às demandas de ordem social, levou à pressão popular pelo reconhecimento público dos riscos sociais aos quais a população estava exposta, ao que se somam as peculiaridades pertinentes aos ciclos de vida (infância, velhice, doença, morte).

O Estado passa então a intervir e assumir minimamente as demandas de proteção social, primeiramente garantindo um valor mínimo de renda quando da impossibilidade de obtê-la pela via do trabalho (Exemplo: Lei dos Pobres, na Inglaterra) e em seguida mediante a “oferta de serviços e benefícios associados a certo patamar de bem-estar” (JACCOUD, 2009, p. 58).

Com o reconhecimento e a organização inicial da proteção social pelos países ocidentais, foi instituído, além dos benefícios e serviços públicos, um arsenal legal de obrigações jurídicas e contribuições financeiras obrigatórias que resultaram na origem dos direitos sociais.

No Brasil, como nos países europeus, o acesso aos referidos direitos se deu primeiramente pela via do seguro social (inspirado no modelo bismarckiano de proteção social), o qual, através de contribuições obrigatórias de empregado e empregador, assegurava-se cobertura mínima de subsistência para os trabalhadores por ocasião de doença, invalidez, velhice, desemprego ou outra situação de infortúnio.

Estas primeiras iniciativas, no rol da proteção social, possibilitaram a minimização das situações de insegurança e vulnerabilidade que marcavam a realidade da classe trabalhadora assalariada.

Ademais, é preciso demarcar a diferença conceitual entre política social e proteção social. Como nos orienta Jaccoud (2009, p. 60): “cabe [...] lembrar que a proteção social, no conceito aqui apresentado, se distingue da definição de políticas sociais, podendo ser entendida como parte delas”.

A mesma autora continua dizendo que “falar em um sistema de proteção social permite que se amplie a análise sobre as políticas sociais identificando as características comuns e buscando compreender de maneira integrada tanto a oferta de serviços como seus impactos sociais” (JACCOUD, 2009, p. 61).

Neste sentido, em termos conceituais, proteção social abrange uma ampla definição que compreende todo sistema nacional de segurança social, dando respostas públicas a situações de riscos, perdas, danos pessoais e sociais que afetam as condições de vida dos(as)

cidadãos(ãs). Estas situações são materializadas no cotidiano marcado por ausência e/ou insuficiência de renda para manutenção das necessidades básicas; precárias condições de trabalho; não acesso ou acesso precário a bens e serviços oferecidos pelas diversas políticas públicas tendo em vista a multidimensionalidade da pobreza e da condição de desigualdade social em que vivem milhões de brasileiros.

Dessa forma, o estudo da proteção social nos remete a compreensão das formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger o conjunto de sua população. Este entendimento, portanto, supera o critério de renda *per capita* e contempla uma leitura mais ampla do estatuto de cidadania legitimado por cada país aos indivíduos que compõem sua nação.

Essas provisões devem viabilizar tanto a distribuição de bens materiais quanto a de bens culturais, numa articulação que permita a sobrevivência, o desenvolvimento e a integração dos sujeitos na vida social.

Neste diálogo, corroboramos com as indicações conceituais de diferentes autores(as) que tratam do tema em tela. Portanto, nesta produção acadêmica, o entendimento de proteção social está pautado nas seguintes definições:

1. [...] significa prevenção, o que supõe a redução de fragilidade aos riscos, que podem ser permanentes ou temporários, e que passam a fazer parte do exame da questão do enfrentamento de riscos sociais (SPOSTI, 2009, p. 29).
2. [...] pode ser definida como um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais (JACOUD, 2009, p. 58).
3. [...] compõem sistemas de proteção social às formas - às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas - que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações (DI GIOVANNI, 1998, p. 10).
4. [...] conjunto organizado, coerente, sistematizado e planejado de políticas sociais que garantem a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação (BOSCHETTI, 2012, p. 756).
5. [...] os modernos sistemas de proteção social não são apenas respostas automáticas e mecânicas às necessidades e carências apresentadas e vivenciadas pelas diferentes sociedades. Muito mais do que isso, eles

representam formas históricas de consenso político, de sucessivas e intermináveis pactuações que, considerando as diferenças no interior das sociedades, buscam, incessantemente, responder a, pelo menos, três questões: quem será protegido? Como será protegido? Quanto de proteção? (SILVA E SILVA; YASBEK; GIOVANNI, 2004, p. 16).

As concepções acima demarcam, sobremaneira, a imperiosa necessidade de um sistema de proteção social na conformação da sociedade brasileira, porém, sinalizam a análise dos percalços para a fundamentação e operacionalização do mesmo, de modo a garantir efetiva cobertura, em relação às situações de precarização, desigualdade, exclusão e empobrecimento vivenciadas por parcelas significativas da população.

Nas palavras de Jaccoud (2009, p. 63), “[...] a Constituição de 1988 alargou o arco dos direitos sociais e o campo da proteção social sob responsabilidade estatal, com impactos relevantes no que diz respeito ao desenho das políticas, à definição dos beneficiários e dos benefícios”.

Todavia, este avanço democrático consolidou-se numa conjuntura adversa de reatualização do ideário liberal, que sob a retórica neoliberal, retoma sua missão bem-sucedida de privilegiar o mercado como instância principal de satisfação das necessidades básicas, individuais e coletivas, ou seja, ao mercado é conferida a primazia na promoção do bem-estar, via consumo. Esta lógica mercantilista e privatista que ganha novo fôlego vai imprimir mudanças estruturais no novo padrão de proteção social, que embora avance em termos conceituais, sofrerá bastante restrição em seu *modus operandi*.

A atualização da lógica liberal, anunciada pelos neoliberais, que se expande na década de 1990, estabelece como primado da relação Estado-Sociedade o fato de que “[...] o Estado deve apenas fornecer a base legal para que o mercado livre possa maximizar os ‘benefícios aos homens’. Trata-se, portanto, de um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude” (BEHRING, 2009, p. 305).

Sob este discurso da virtude localizada na sociedade, vislumbramos uma densa ofensiva conservadora, num ambiente moralizador que opera o controle da pobreza através da vigilância e da punição. Além disso, conclama as iniciativas solidárias, voluntárias, benemerentes da sociedade no atendimento das demandas sociais das diversas ordens. Esta reatualização do conservadorismo remete, mais uma vez, à lógica da regulação e padronização dos indivíduos na sociedade, atualmente operada pelo mercado, que incentiva o acesso a bens e serviços sociais de qualidade a partir do poder de consumo.

Porém, os ímpetus da crise na esfera do trabalho, caracterizados pela precarização dos postos de trabalho, perda de direitos trabalhistas, crescimento do desemprego estrutural, terceirização, flexibilização dos contratos de trabalho, trabalhos em tempos parciais sem

vínculos estáveis e expansão da informalidade, levaram ao aumento da busca por proteção social, o que demanda mais investimentos públicos.

Estes investimentos, por sua vez, materializam-se pelo “trinômio articulado da focalização, privatização e descentralização” (BEHRING, 2009, p. 311), operando uma política social de cunho residual e compensatório, num país marcado pela desigualdade estrutural e pela regulação econômica de caráter mercantil. Delineando um cenário de mercantilização e industrialização que se expande da esfera da produção para a esfera da reprodução social. Como indica Mandel (1990), o processo social é impregnado de características/relações tipicamente capitalistas.

Nesta lógica, “os ‘serviços estatais para pobres’ são, na verdade, ‘pobres serviços estatais’...” (MONTAÑO, 2005, p. 195) num momento em que diante do aumento das carências e das novas expressões da questão social, as políticas sociais deveriam ser universais, de qualidade e eficazes.

Nesta dinâmica de baixa estabilidade do campo da proteção social (SPOSATI, 2013, p. 655), edifica-se um padrão protetivo que combina: iniciativas de renda mínima com a solidariedade da sociedade civil, na qual também se inclui a capacidade protetiva das famílias para o amortecimento dos impactos das crises cíclicas do capital.

Vivemos, então, numa era de desmontes, em termos legais, na qual a universalização e o caráter público são as duas garantias mais ameaçadas em termos de políticas sociais, demarcando uma conjuntura de retrocessos pelo fetiche da crise.

Este fetiche se expressa numa complementariedade invertida entre instâncias públicas e privadas, ou seja, a perspectiva de subsidiariedade e complementaridade deixa de ser conferida à instância privada e passa a ser incorporada pela instância pública, fortalecendo a primazia do privado ante o público. Todavia, esta primazia se mantém via repasses do fundo público que garantem a funcionalidade das iniciativas privadas, e cumpre o acordo com a acumulação do capital. Dessa forma, os propagados novos modelos de gestão, na verdade, se configuram em modelos de gestão privatizados.

Além do que já foi pontuado desta antinomia público-privado, cabe lembrar que ações privadas, cuja validade não se discute, são individualizantes e focalizadas em necessidades pontuais de grupos determinados, enquanto a ação pública deve ser pautada pelo princípio da universalidade, voltada a suprir necessidades sociais, de forma ampla, da população em geral, sem culpabilização do indivíduo por sua condição.

Neste contexto adverso, registra-se, então, uma fragilização do Sistema Brasileiro de Proteção Social, o qual precisa assumir de fato uma concepção universal e ampliada de seguridade social, fortalecendo e ampliando os horizontes da intersectorialidade, de modo a responder às demandas sociais, considerando as condições estruturais, e não superficiais,

das expressões da questão social, que se manifestam em suas particularidades e em múltiplos aspectos de cada realidade.

Em suma, diante das tendências atuais do Sistema Brasileiro de Proteção Social, o grande desafio é estabelecer a proteção social como **cenário de presenças efetivas** (Estado, Sociedade, Família, Políticas Públicas, Serviços e Benefícios) para além de amarras econômicas e interesses político-partidários, numa concepção holística de cunho preservacionista da dignidade humana e da justiça social.

2. SIGNIFICADOS E EXPRESSÕES DA PROTEÇÃO SOCIAL NO COTIDIANO DA CLASSE TRABALHADORA

No intuito de apresentar dados da realidade que corroborem e/ou refutem a discussão teórica sobre o contexto brasileiro de proteção social, daremos, neste segundo momento, voz aos sujeitos da pesquisa que originou o estudo desenvolvido. Como registrado na introdução deste artigo, ouvimos, através de questionário socioeconômico e grupo focal, 23 estudantes do IFPE *Campus* Cabo de Santo Agostinho, do universo de 230 estudantes matriculados no semestre letivo 2015.1. Cabe ratificar que a amostra foi composta de estudantes que participam do Programa Bolsa Permanência e são oriundos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Dito isso, registramos que do total de participantes, 95% são oriundos de escola pública e quando perguntados se a educação que receberam na escola onde estudaram facilitou o acesso ao IFPE *Campus* Cabo de Santo Agostinho, a maioria respondeu num só coro: “Não!”. Essa curta resposta expõe, de antemão, a fragilidade da política pública de educação expressa no cotidiano de muitas escolas públicas. A partir deste apontamento, seguiram-se as exposições das dificuldades mais pertinentes nestas experiências educacionais que antecederam o acesso à formação profissional.

O primeiro ponto relatado diz respeito à falta de uma dinâmica didática por parte dos professores, não correspondendo às expectativas e à satisfação de aprendizado dos estudantes. Destacou-se que “[...] os professores chegavam, colocavam o conteúdo no quadro, falava sobre, mas eles não, assim, não davam ênfase àquilo...” (Estudante 6).

Outra jovem declarou: “[...] o professor de matemática que tinha, botava o assunto no quadro, sentava e: ‘- resolvam, aí!’ Era assim que a gente aprendia. Ou você se esforçava por conta própria pra aprender o assunto ou senão você repetia de ano e ele não tava nem ligando” (Estudante 3).

Estas declarações levantadas e confirmadas por mais de um participante têm por base a tendência de culpabilização do sujeito, ou seja, do profissional que está na ponta – o/a

professor/a – e que acaba sendo a referência da fragilidade do sistema, além de individualizar o compromisso do educando pelo seu aprendizado, numa tendência contemporânea do “aprender a aprender”.

Todavia, ao mesmo tempo em que identificam esta fragilidade e a confirmam, refletem que “[...] não era pra ser. **Era pra ser diferente**” (Estudante 3 – grifo nosso). E esse diferente já sinaliza uma cobrança por qualidade, por um padrão satisfatório de ensino público, embora o grupo não consiga vincular esta demanda ao ofertante desta política, o Estado.

Por consequência das lacunas apontadas, o arcabouço em termos de formação intelectual, ou seja, o domínio de conteúdos formativos e habilidades cognitivas, ao final do Ensino Médio, vai refletir todas as ausências e dificuldades apontadas no processo ensino-aprendizagem vivenciado.

Esta afirmação é ratificada pelo grupo quando um dos jovens aponta: “Até hoje na sala de aula, aqui no IF, os professores falam a mesma coisa: ‘ – eu sei que vocês viram no Ensino Médio.’ Todo mundo da minha sala diz: ‘ – não, professor, a gente não viu” (Estudante 5).

Há, portanto, uma distância real entre a base curricular que firma as habilidades e competências a serem desenvolvidas em todas as etapas da educação básica e o resultado final deste processo, o que remonta aos baixos índices registrados pelo país nos sistemas de avaliação nacional e internacional, com relação ao desempenho e à aprendizagem dos sujeitos na formação escolarizada, embora exista a crítica a estes sistemas padronizados de avaliação.

Sabe-se que as políticas sociais de forma isolada não constituem um sistema de proteção social e também não são as únicas capazes de responder aos dilemas da relação contraditória de exploração entre o capital e o trabalho, mas em conjunto e associadas às demais políticas públicas dão conta de expressar no cotidiano da classe trabalhadora ações públicas de proteção social que façam transparecer de forma qualitativa a presença do Estado na garantia dos direitos sociais.

Enquanto este patamar de cobertura pública estatal não se efetiva, os dados da realidade pesquisada reforçam a conclusão de estudos recentes de que a família tem sido a referência de proteção por excelência para aquela parcela da população desprovida de propriedade e meios de produção, de acesso cada vez mais restrito e desprotegido ao mercado de trabalho.

Em outras palavras, para aqueles que vivenciam situações de desproteção, marcadas por um histórico de ausências, a presença do Estado não é reconhecida, uma vez que nos momentos de dificuldade, a referência é a família e o espaço de proteção por excelência é a casa, como registrado no relato dos jovens estudantes.

Ou seja, num contexto adverso para a classe trabalhadora, remete-se à família a tarefa de dispor de um arcabouço de estratégias e alternativas para mediar a relação sujeito-sociedade de modo a suprir as situações de precariedade social, geradas tanto pela ausência

de trabalho quanto pela inserção precária no mundo do trabalho.

Logo, podemos registrar que este processo de transferência de responsabilidades público-privado não precedeu de uma reflexão sobre as condições objetivas da família em assumir o encargo de “anteparo social”, num contexto de desmonte social internacional.

Neste sentido, ao remeter à família a referência de proteção e ao mesmo tempo reconhecer as fragilidades desta diante desta tarefa, destacamos na pesquisa cinco situações que para os(as) jovens pesquisados(as) representam proteção e cinco situações que representam fragilidade para o estado de segurança e bem-estar que para eles compõem o sentido de proteção, conforme quadro abaixo.

QUADRO 1 - Indicações de proteção e fragilidade na família

SITUAÇÕES DE PROTEÇÃO	SITUAÇÕES DE FRAGILIDADE
Ter rendimento financeiro que garanta o sustento da família;	Não ter dinheiro suficiente para uma boa alimentação;
Ter saneamento, segurança e iluminação pública;	Falta de serviços públicos onde moram;
Ter acesso a serviços públicos de qualidade das diversas políticas	Ter pessoas doentes na família;
Morar num bairro sem violência	Falta de segurança onde moram;
Se todas as pessoas da família tivessem emprego, em condição de trabalhar.	Ter dívidas e não ter condições de pagar.

Fonte: Elaboração Própria.

Nota-se que as respostas dadas de forma individual e sem necessária correlação, culminaram numa síntese na qual a indicação de um ideal de proteção vem sempre acompanhado por uma situação real de fragilidade, que exprime desproteção, no contexto de vida de muitas famílias brasileiras, contempladas a partir da análise desta amostra.

O quadro acima traduz a proteção através da presença de renda, de trabalho, em condições de trabalhar, de acesso a serviços públicos de qualidade das diversas políticas e de segurança no bairro (ausência de violência). Estes aspectos ratificam o conceito de seguridade social ampliada (BOSCHETTI, 2012) através da atuação de vários sujeitos e instâncias que compõem este **cenário de presenças** almejado.

No aspecto do território com referência à proteção, a primeira fala do grupo foi com relação à infraestrutura da rua onde um dos jovens reside. Ou seja, uma expressão da proteção associada à questão da moradia.

Outra expressão levantada foi o contraponto da segurança pública e do tráfico. Nes-

te quesito, a jovem expôs que a segurança pública conta muito para garantir a proteção no território. Porém, ante a ausência das ações de policiamento no bairro onde reside e a presença marcante do tráfico (identificada como situação de risco) são as relações estabelecidas com a vizinhança que lhe conferem proteção, realidades expressas nas falas dos(as) jovens a seguir:

“Quem dá proteção não é a polícia. São as relações que você tem com as pessoas que lhe dá proteção” (Estudante 4).

“A mesma coisa é quando as pessoas perguntam: onde você mora? Aí você fala o lugar, aí o povo: “pei, pei, pei” [referência a tiros], e não é isso! Eu moro no lugar há 19 anos, nunca aconteceu nada comigo” (Estudante 5).

Então, quando questionados onde identificam a presença do Estado na questão de proteção no bairro, as respostas são vagas e apenas dois elementos são apontados: o grupo policial (que podemos aludir a uma proteção pela via da repressão, numa figura de Estado Penal, onde a presença do Estado como protetor é visível, através da contenção e punição às situações consideradas desordem e crime); e o SUS, porém ambos citados com suas fragilidades: “no meu bairro a polícia só aparece quando morre alguém” (Estudante 9); “[...] em relação ao SUS, né, que bom ou ruim também é uma proteção” (Estudante 4).

Esta postura deserta nas falas com relação à identificação do Estado na seara da proteção ratifica o descrédito e a invisibilidade da primazia do Estado nas instâncias públicas de garantia de direitos. Ou seja, valida seu posicionamento mínimo e seu distanciamento na provisão de demandas de ordem social. E acrescentando o pensamento de Pereira (2009, p. 28), “a não-ação governamental não deixa de ser uma atitude política”.

Sobre a realidade de acesso às políticas públicas, investigamos as experiências com relação às políticas de saúde, educação e assistência social, mais uma vez, em associação às prioridades do Programa Bolsa Família, do qual as famílias são beneficiárias.

No que tange à política de saúde, o grupo foi unânime em expressar as dificuldades de atendimento pelos serviços públicos de saúde, tanto por falta de materiais nas unidades, quanto por falta de profissionais, como expresso na fala a seguir:

[...] tem posto, mas sempre que você vai tá faltando alguma coisa, não tem médico, faz dois anos que não tem dentista. É uma situação complicada. [...] Fui ao posto, não tinha médico, não tinha gaze, não tinha curativo. [...] o cara tem que ser socorrido e vai esperar quatro dias pra que isso aconteça? (Estudante 10).

Diante desta realidade de precarização dos serviços de saúde pública, uma jovem adverte: “Por conta disso é que algumas pessoas sofrem, entre aspas, pra pagar um plano de

saúde, que às vezes também falha, né?” (Estudante 4)

E outros participantes confirmam:

“Mas ainda assim é bem melhor” (Estudante 6).

“Exatamente, você não passa quatro dias pra ser atendido” (Estudante 10).

Estas colocações fortalecem o discurso privatista predominante nos serviços públicos, sobretudo na saúde, expresso numa associação do público como inoperante e do privado como via de solução satisfatória.

No tocante às experiências da educação básica de forma geral, o grupo em sua maioria remete à fragilização da formação básica recebida e neste aspecto foi gerado por uma participante o seguinte questionamento: onde estará o problema da educação pública? As hipóteses por eles mesmos indicadas, como já sinalizamos no início deste tópico, foram: desmotivação dos professores; condições de trabalho e valorização dos profissionais da educação; e desinteresse dos alunos.

Todavia, existe uma pergunta de fundo que englobaria estas pistas lançadas pelo grupo quanto ao problema da educação pública, qual seja: qual o posicionamento do Estado na oferta satisfatória desta política pública? Esta reflexão tira o foco da culpabilização dos sujeitos como referenciada pelos jovens e nos propõe pensar o problema numa dimensão macroestrutural, no plano da sua concepção, gestão e operacionalização, que se reflete na esfera micro das escolas públicas e, mais especificamente, nas salas de aula.

Quanto à política de assistência social, como sinalizada no tópico anterior, esta é marcada pelo desconhecimento, em primeira instância, e pela associação ao Programa Bolsa Família (PBF), num segundo momento. Como exemplos, temos as falas: “Como assim, assistência?” (Estudante 6) ou “Minha mãe recebe menos agora” (Estudante 5).

Por consequência, os serviços oferecidos por esta política e mesmo os equipamentos a ela referenciados também não são conhecidos pelo grupo. Nas palavras de uma jovem: “A primeira vez que eu ouvi o que significa a palavra, a sigla CRAS foi agora” (Estudante 6).

Dessa forma percebemos que a cobertura dos serviços da política de assistência social não alcança estas famílias apesar de se constituírem como um público-alvo da mesma, por serem beneficiárias de um programa de transferência de renda, cujas políticas de ação priorizadas na superação da pobreza e da extrema pobreza são saúde, educação e assistência social.

Considerando que temos pouco mais de dez anos de instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS/2005) precisamos avançar no que se refere à sua visibilidade social e ao seu reconhecimento público como instância de garantias de direitos dentro da agenda da proteção social não contributiva.

Todo este enredo construído até agora nos direciona para o ponto de partida: **prote-**

ção por meio das relações. Ou seja, são as relações familiares e extrafamiliares que demarcam os sentidos da proteção e do reconhecimento social na realidade expressa pelo grupo.

Neste sentido, os(as) jovens expressaram que podem contar com família, parentes, vizinhos e amigos tanto em situações de dificuldade quanto em situações correlatas ao próprio dia a dia. E estas pessoas com quem eles podem contar, podem contar com eles para as mesmas situações, numa relação recíproca de apoios e cuidados mútuos. Neste aspecto temos a concretização das chamadas redes de solidariedade, através da “mobilização cotidiana de uma rede familiar que ultrapassa os limites da casa” (SARTI, 2008, p. 40).

Ao longo do diálogo com os(as) estudantes, foi percebido e construído por eles(as) um conceito ampliado de proteção, que podemos considerar como um dos frutos desta pesquisa, a qual despertou nestes jovens uma leitura crítica e politizada acerca das dimensões das demandas sociais e das instâncias de respostas às mesmas.

Então, quando questionados sobre o que é proteção social, expressaram: “É como uma rede de vários elementos, como nós sentados aqui: a presença do Estado, o SUS, segurança pública” (Estudante 11); “É como a gente no centro e têm todas essas coisas ao redor que precisa ser montado pra se sentir protegido” (Estudante 10).

Em suma, os jovens conseguiram identificar a proteção numa perspectiva ampliada além de reconhecerem que a falta de acesso ou a insuficiência de serviços numa determinada área social fragiliza este estado de segurança por eles referido. Porém, o reconhecimento da primazia do Estado na garantia dos elementos públicos de proteção, nas falas finais dos jovens, continuou obscurecido sendo a atuação estatal remetida a “apoio”.

Esta análise nos faz reafirmar que as famílias bem como o sistema brasileiro de proteção social são estruturas históricas, cujas funções e papéis assumidos e reconhecidos publicamente se relacionam a processos sociais, econômicos, políticos e culturais, arraigados numa sociedade de classes, estruturada na busca incessante da acumulação capitalista, que direciona o Estado em favor da burguesia e o desvencilha das respostas pertinentes às demandas da classe trabalhadora, que vivencia no cotidiano as mais diversas formas de expressão da questão social e é perpassada pela ideologia predominante das satisfações sociais individuais, via regulação do mercado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar o contexto de acesso à educação profissional, a partir de uma referência de classe, é reconhecer que “os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem como querem: não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defron-

tam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX, 2003, p. 7).

Ou seja, a chegada de um jovem, oriundo de uma família de baixo poder de consumo, e por isso beneficiária de um programa de transferência condicionada de renda, num curso de formação profissional, subsequente ao ensino médio, que demanda o auxílio financeiro da política de assistência estudantil para a manutenção acadêmica, é permeada por um histórico de relações familiares e extrafamiliares que precisa ser considerado no âmbito da educação escolarizada, uma vez que as dificuldades e deficiências identificadas no processo de ensino-aprendizagem refletem dimensões que vão além dos limites institucionais.

Numa visão crítica de base materialista histórico-dialética, é preciso conhecer e reconhecer as condições objetivas que conformam as determinações sociais numa dada sociedade para compreender as implicações do cenário de proteção social no acesso à educação escolarizada, pela classe trabalhadora, social e economicamente menos favorecida, para embasar a defesa pela democratização do acesso e das condições de permanência.

Neste cenário, o acesso à educação profissional pública pelos(as) filhos(as) da classe trabalhadora acontece num contexto de instabilidade e incerteza no mundo do trabalho, numa era de desmonte dos direitos sociais e por consequência em condições cotidianas de acesso limitado a serviços e bens públicos que caracterizam o sistema mínimo e focalizado de proteção social brasileiro.

Ao longo da pesquisa, destaca-se a família e as redes de solidariedade estabelecidas pelos sujeitos nos territórios de referência, registrando a primazia dos vínculos sociais, como instâncias de pertencimento e reconhecimento de proteção por parte dos sujeitos da pesquisa, em detrimento de uma não identificação imediata da presença do Estado neste quesito de proteção.

Estes pontos de síntese nos levam a ratificar a defesa da proteção social pública numa referência ampliada, através da articulação das políticas que compõem a seguridade social às demais políticas públicas, no fortalecimento do caráter público e universal e da perspectiva de direito impressa nas ações, nos serviços e nos benefícios públicos que não se reduzem a ações voltadas à pobreza e à extrema pobreza, mas a ações no patamar do exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

- BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 301-322.
- BOSCHETTI, I. A Insidiosa Corrosão dos Sistemas de Proteção Social Europeus. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, nº 112, p. 754-803. Out/dez, 2012.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 01 out. 2016.
- DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antônio de (Org.). **Reforma do Estado. Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas, SP: Unicamp, 1998.
- JACCOUD, Luciana de Barros. Proteção Social no Brasil: debates e desafios. In: UNESCO. **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.
- MANDEL, E. **A Crise do Capitalismo: os fatos e interpretação marxista**. São Paulo: Ed. Ensaio, 1990.
- MARX, K.; ENGELS, F. **O 18 brumário de Luiz Bonaparte**. São Paulo: Centauro, 2003.
- MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. São Paulo: Cortez, 2005.
- PEREIRA, P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- SARTI, C. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. 4. ed. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais/PUC-SP, 2008.
- SILVA E SILVA, M. O.; YASBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2004.
- SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: UNESCO. **Concepção e Gestão da Proteção Social não contributiva no Brasil**. Brasília: MDS/UNESCO, 2009.

Intersetorialidade e Serviço Social na Saúde

Gilvaneide Nunes da Silva¹

Maria Aparecida Ramos de Meneses²

RESUMO

Discorre sobre a intersectorialidade no campo da política social da saúde, tendo como referência os assistentes sociais inseridos nos serviços de saúde, enquanto partícipes de uma equipe interdisciplinar, na orientação a garantia ao direito à saúde na perspectiva da intersectorialidade e integralidade da assistência. Verifica que no campo da política social, especialmente, da saúde urge a necessidade de materializar a intersectorialidade. Ressalta que a construção da intersectorialidade esbarra, na maioria das vezes, na burocratização dos serviços, nas relações marcadas por disputas nos campos profissionais, sobretudo, pela cultura clientelista e patrimonialista que perpassa a política de saúde. Conclui que a intersectorialidade se reveste de um imenso desafio, pois para que os usuários acessem os serviços de saúde de maneira integral far-se-á necessário uma mudança na visão não só dos executores das políticas sociais, especialmente a da saúde, mas, sobretudo dos formuladores das políticas públicas nas três esferas de gestão.

Palavras-chave: Política de Saúde. Intersetorialidade. Integralidade da Assistência à saúde. Prática profissional.

ABSTRACT

It discusses intersectoriality in the field of social health policy, having as reference the social workers inserted in the health services, as a participant in an interdisciplinary team, in guiding the guarantee to the right to health from the perspective of intersectoriality and integrity of care. It notes that in the field of social policy, especially health, there is a need to materialize intersectoriality. It emphasizes that the construction of intersectoriality, in the majority of cases, bureaucratization of services, in the relations marked by disputes in the professional fields, above all, by the clientelistic and patrimonialist culture that perpasses

1. Assistente Social. Professora da Faculdade Internacional da Paraíba. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba.

2. Professora Dra. da Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS/UFPB e do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

health policy. It concludes that intersectoriality is an immense challenge, because in order for users to access health services in a comprehensive manner, a change will be required in the vision not only of social policy implementers, especially health professionals, but, above all, Formulation of public policies in the three management areas.

Keywords: Health Policy, Intersectoriality, Integrality of Health Care, Professional practice.

1. INTRODUÇÃO

Discorrer sobre Políticas Sociais no Brasil, em especial a da Saúde, é falar por um lado, sobretudo, de cenários, cidades, gestão e desenvolvimento e, por outro, é falar de subjetividade, desejo, projetos societários, singulares de categorias e modos de construção de estratégias de vida e sobrevivência, tendo em vista, se a saúde for considerada como resultado da interação de fatores ambientais, econômicos, sociais, culturais, psicológicos, políticos, biológicos e comportamentais, é inconcebível pensar a saúde, ou buscar a saúde, apenas com o olhar do setor saúde.

Partindo dessa concepção se faz fundamental a busca da intersectorialidade, questão que vem sendo discutida por autores de diversas áreas do conhecimento (Administração, Sociologia, Medicina, Filosofia, Serviço Social, Veterinária, dentre outras), em termos da relevância e da busca de parcerias dentro das diversas instituições, para que realmente se consiga avançar nessa luta em busca de sua materialização.

Este trabalho é um resumo de um estudo maior que surgiu a partir do interesse em aprofundar a experiência e vivência da pesquisa realizada em 2010 intitulada - “*As (im)possibilidades da integralidade da assistência: análise da prática do serviço social em uma unidade de pronto atendimento*” -, junto ao Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho – HPMGER, situado em João Pessoa-PB, que em 2013 procurou aprofundar a temática.

Desse modo, o artigo busca discutir o âmbito dos serviços de saúde como espaço de atuação dos assistentes sociais e de construção da intersectorialidade, haja vista, que só é possível ocorrer à integralidade se houver o desenvolvimento de ações intersectoriais no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. A INTERSETORIALIDADE NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE

Sublinha-se que algumas políticas sociais, trazem atualmente em suas agendas a proposta da intersectorialidade. Entre elas estão à política de Saúde e de Assistência Social,

as quais deixam evidente a necessidade de concretizar a proteção integral, que informa o sistema de Seguridade Social brasileiro. A partir dessa leitura optou-se por abordar especificamente, a intersetorialidade no âmbito da política de saúde.

Há na literatura, uma vasta e densa produção no campo da saúde coletiva que articula o uso da intersetorialidade como busca da resolutividade das demandas nesse âmbito, tendo como parâmetro a promoção da saúde e o conceito do processo saúde-doença ressignificado pela Organização Mundial da Saúde em 1948.

Para Monnerat (2007, p.17) o tema da intersetorialidade se assenta na esfera da política de saúde no Brasil após perceber que o que foi proposto para o SUS, mesmo após duas décadas, até o momento não foi concretizado.

[...] a questão da intersetorialidade se coloca como questão premente na agenda da saúde hoje em função do reconhecimento, após duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país.

De acordo com Nobre (2003), em 1978 a intersetorialidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma estratégia para atingir “saúde para Todos no Ano 2000”. Nas últimas duas décadas o debate sobre promoção da saúde enfatiza as propostas das “cidades saudáveis, das políticas públicas saudáveis e da ação intersetorial” (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

No Brasil, esses temas são absorvidos e difundidos no contexto de reforma sanitária e de implementação de mudanças de políticas de saúde e reorganização da gestão dos serviços de saúde.

Nobre (2003) ressalta ainda que a necessidade de ações intersetoriais também foi apontada pelo conjunto da sociedade representadas pelos delegados da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, em Brasília/DF, esta teve como primeiro ponto de pauta de defesa em sua agenda, a efetivação do SUS e do controle social, a saber:

[...] a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capaz de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001).

Na supramencionada Conferência, em seu relatório final, destacar-se-á o item “C”

intitulado “determinantes das Condições de saúde e Problemas prioritários no país” no qual tem-se a seguinte medida:

C) Articular os vários setores e órgãos do governo, promovendo políticas integradas e privilegiando o financiamento das políticas sociais, de forma a potencializar a qualidade de vida da população, o que só poderá ser viabilizado com a mudança do modelo econômico. [...] **A intersectorialidade** e a regionalização são fundamentais para superar a verticalização, desarticulação, fragmentação e pulverização das políticas sociais que melhoram a qualidade de vida das pessoas, e deve ser priorizada a articulação entre as políticas de educação, habitação, emprego e renda, saneamento básico e meio ambiente, imprescindíveis para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos. A implementação de políticas intersectoriais deve ser realizada, em âmbito local, sob a concepção de municípios e ambientes saudáveis, com estratégias que estimulem a promoção da saúde e organizem a atenção por meio da articulação, na ponta, das ações de vários órgãos de governo (11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001). (grifo nosso)

Nesta direção, a intersectorialidade debatida na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2001) é refletida na visão atual do Ministério de saúde (MS) colocando a intersectorialidade como uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a “superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas”. Tem, portanto, como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida.

Desta forma, a intersectorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a intersectorialidade permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que as ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como educação, trabalho e emprego, habitação, cultura, segurança alimentar, assistência social, e outros. Intersectorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, para o MS, o contexto da intersectorialidade estimula e requer mecanismo de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre a qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Desse modo, após as pesquisas bibliográficas, percebe-se que a intersectorialidade vem sendo utilizada há pelo menos três décadas nos textos de organismos internacionais,

como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). No entanto, a intersetorialidade ao partir para o plano da execução das políticas sociais encontra limites, isto porque as estruturas de gestão de cada política possuem suas particularidades e se fecham dentro dos seus processos de organização.

Situando o debate acerca da intersetorialidade no âmbito da política de saúde, Bredow e Dravanz (2010), ressaltam que a intersetorialidade é uma estratégia complexa, cujo resultado na gestão de um município é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas, partindo do princípio do diálogo entre os seus executores e gestores. Para as autoras citadas acima, a intersetorialidade tem como desafio “articular diferentes setores na resolução de problemas cotidiano da gestão, tornando-se um mecanismo para a garantia do direito de acesso à saúde”, já que esta é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida, conjugando também a intersetorialidade às categorias de “rede” e integralidade.

Para tanto, na área de saúde, a intersetorialidade se vincula ao conceito ampliado de saúde, uma vez que não é possível promover a saúde sem suprir uma gama de necessidades sociais (saneamento, alimentação, lazer, educação, etc.), conforme aponta Andrade (2006, p. 50) “em suma, a saúde não é apenas assegurada pelo setor de saúde”. Portanto, o Ministério da Saúde (2006, p.11), reconhece e também situa a intersetorialidade como desafio para o setor de saúde.

Tendo em vista este cenário, Berlinguer (1999 *apud* KRÜGER, 2005), entende que a saúde tem um

[...] valor intrínseco e instrumental (como base de autodeterminação) e é também um dos melhores indicadores para medir como os outros direitos humanos têm sido protegidos ou promovidos, mais que isso, a afirmação ou a negação do direito à saúde envolve quase todos os outros direitos (BERLINGUER, 1999 *apud* KRÜGER, 2005 p.72).

Neste contexto, de acordo com Vieira (2006, p.20), a política de saúde do país traz à tona a “a necessidade de ações internas e externas ao setor da saúde, efetivadas de forma transversal e intersetorial entre as diversas políticas públicas”.

Mioto e Nogueira (2006) entendem que a intersetorialidade constitui um pilar estruturante do princípio da Integralidade, obtendo espaço nas discussões e atos normativos em torno da saúde pública, haja vista a NOB 96 e o Pacto pela Saúde³. Destaca-se que, por

3. Nesta perspectiva, o Pacto pela Saúde enfatiza da regionalização no sentido de promover ações intersetoriais na saúde. A perspectiva é que um local pode oferecer o atendimento ou um serviço que outro possui e não consegue suprir, sempre numa relação de complementaridade. Ou seja: se um município não possui serviço de quimioterapia, ele pode ser subsidiado neste serviço por outro município. Esta relação pode se dar no espaço intra-municipal, intermunicipal, intra-estadual, interestadual e internacional. (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR, 2007, p. 20).

ocasião do Pacto pela Saúde, é publicada, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde, com objetivo de otimizar os serviços e a gestão do SUS.

Neste documento, entre outros aspectos relevantes, visualiza-se na intersectorialidade a possibilidade de comprometimento dos diferentes setores com a questão da saúde. Define, então, a intersectorialidade como uma:

[...] articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de coresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem [...]. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. ((MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 10-11).

Em síntese, o debate em torno da produção social da saúde demonstra a incapacidade do modelo de saúde, exclusivamente biomédico e vincula a relação entre o conceito ampliado de saúde e a intersectorialidade.

A construção da intersectorialidade é, portanto, uma necessidade apontada no campo da política social como requisito da proteção integral. As políticas de Saúde e Assistência Social têm reafirmado este desafio. Mas a consolidação da proposta intersectorial supõe enfrentar o terreno contraditório, em que, historicamente, estas políticas se inserem.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A INTERSETORIALIDADE COMO DE- SAFIO DE GESTÃO PROFISSIONAL

Atualmente é eminente a ascendência de um movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde. Em prol dessa causa, alarga-se a apreensão com a especificidade do Serviço Social na medida em que se observam outras profissões ampliando suas ações em direção ao “social”. Para Mioto (2004), fica evidente a força que a temática do social e do trabalho com o social vem ganhando no âmbito da saúde, através das diferentes profissões, dentre elas, a do Serviço Social.

Apreende-se que a prática⁴ do serviço social no âmbito da saúde, de acordo com Carvalho (2006) emergiu-se na divisão sociotécnica do trabalho em saúde, como “profissão

4. Iremos trabalhar com a concepção de prática profissional que, de acordo com Silva (2006) “é aquela cunhada pela tradição marxista, ou seja, a de que a prática profissional é uma especialização da práxis social”.

paramédica (subsidiária da ação médica), num contexto de ascensão do saber clínico”. Carvalho (2006 *apud* BRAVO, 1996) coloca ainda que:

[...] historicamente a atuação do serviço social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de caso), sendo a preocupação com a saúde, como questão política, explicitada somente na virada da década de 1980 para 1990, quando houve a mudança do conceito ‘saúde’ e o grande movimento da Reforma Sanitária (CARVALHO 2006 *apud* BRAVO, 1996).

Essa configuração vem afirmar que o Assistente Social acompanha as mudanças ocorridas, historicamente, no âmbito da saúde, logo, este encontra na instituição hospitalar⁵ seu “*espaço de trabalho no âmbito da saúde*”, onde seu papel se restringia em um papel secundário e não protagonista de uma prática embasada em uma formação própria do serviço social, pois este auxiliava o médico em suas atribuições, determinadas por este profissional (CARVALHO, 2006).

No entanto, só se percebe uma inclusão maior do Assistente Social no âmbito da saúde, no final da década de 1960, pois este foi o período da unificação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) em uma só instituição o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e uma das propostas mais importante, durante a estada dos militares no poder, foi à aprovação do LOPS -1960 (Lei Orgânica da Previdência Social) que consistia na unificação dos benefícios a todos os “associados” e melhoramento na área de Educação, Habitação, Assistência e, principalmente, na Saúde. Logo, esse tipo de medida adotada tinha dois objetivos nítidos, primeiro, a redução dos gastos pelo governo devido a diversificação e especificidade de cada política dos IAPs, segundo, a tentativa de inserir gradativamente o maior número possível de beneficiário (e contribuintes) no sistema, expandindo a Proteção Social. Com essa expansão, mais que necessária, foi priorizado pelo Ministério da Saúde, ações pontuais de cunho preventista, com escassa atuação do Serviço Social.

O bloco de poder instalado em 1964, não conseguindo consolidar sua hegemonia, precisou paulatinamente modificar sua relação com a sociedade civil. Assim, a política social, no período de 1974 a 1979, teve por finalidade, obter um maior enfrentamento na questão social, com objetivo de encaminhar as reivindicações e pressões populares. Nessa fase, a política nacional de saúde, enfrentou um momento de grande tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros e os interesses oriundos de setores estatal e empresarial médico, como a emergência do Projeto de Reforma Sanitária, destacando-se na área da saúde, assim como, o Projeto Privatista.

5. Carvalho (2006) destaca que o “Hospital é visto nesse período como meio fundamental da terapêutica e a constituição do paradigma do paciente”

Essa foi a herança deixada pelos militares, para a década de 1980 (a década perdida) e para o primeiro presidente da então Nova República, que na tentativa de mudar o cenário nacional adotou em seu *slogan* o seguinte - Tudo pelo social. Nessa década tem-se uma série de novas medidas na tentativa de reestruturar as políticas da área social, que foram totalmente desmontadas.

Nesse sentido, esse tipo de conceito favoreceu a universalização das políticas públicas e a ampliação do atendimento não só na área da saúde tendo seu principal símbolo o SUS (Sistema Único de Saúde) que massificou o atendimento sanitário, mas também no campo trabalhista com a criação do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e a criação do salário mínimo, na habitação, educação e na previdência chegando ao seu auge com a Constituição de 1988 que legalizava de fato todos os direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Foi, portanto, nessa conjuntura, que o “Serviço Social se estruturou de forma organizada e passou a tomar corpo na área da saúde” (CARVALHO, 2006).

Importante assinalar que em março de 2009, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), por intermédio do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, elaborou uma versão preliminar de um documento norteador da intervenção do assistente social no setor da saúde, intitulado “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde”. O CFESS submeteu o referido documento a análise da categoria no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, em junho de 2009, em Recife/PE.

O referido texto tem como finalidade localizar e delimitar as atribuições e competências⁶ do profissional de Serviço Social nos três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Traz, portanto, na sua estrutura uma sucinta explanação acerca da Saúde como direito de cidadania e dever estatal, resgatando o disposto na Constituição Federal de 1988 e no Projeto de reforma Sanitária, visualizando nos princípios e diretrizes do SUS com todos os desafios postos à sua efetivação na atual conjuntura.

O Serviço Social está situado entre dois projetos pensados para a Saúde: o de Reforma Sanitária e o Privatista – bastante fortalecido pelos Governos contemporâneos. Nesse meio, a profissão se materializa numa tensão permanente, demonstrando sua diversidade ideológica, convivendo em seu interior também dois projetos: o da intenção de ruptura – hegemônico nos anos 1990 – e o da reação conservadora. Este projeto intenciona a permanência do Serviço Social na divisão entre teoria e intervenção, além de objetivar uma especialização do assistente social na área, a qual o enquadraria na divisão clássica da prática médica. Aquele pensa o serviço social concatenado ao conhecimento crítico de Marx e

6. Competências são qualificações profissionais para prestar serviços, que a Lei reconhece, independentemente de serem, também, atribuídas à profissionais de outras categorias. Atribuições privativas também são competências, porém exclusivas, decorrentes, especificamente, da formação profissional (Parecer Jurídico no 27/78, de Sylvia Helena Terra, assessora jurídica do CEFESS) (CEFESS, 2009, p.18).

seus sucessores, numa apreensão totalizante dos fenômenos sociais, econômicos, políticos, culturais e uma práxis que interfira em tais fenômenos.

A perspectiva conservadora possui três expressões: assistentes sociais que passam a se autointitular de sanitaristas, após terem obtido formação em Saúde Pública; outra é o resgate da intervenção na subjetividade dos sujeitos – Serviço Social Clínico -; e ainda, os adeptos de um serviço social que se fragmenta em diversas especialidades médicas. O documento em estudo não vê como problema a ampliação de conhecimento em outra área que não a humana e social, mas sim o fato dos assistentes sociais não identificarem e até negarem as suas reais atribuições, absorvendo aquelas demandas que historicamente as equipes de saúde lhes impõem.

Nesta direção, o estudioso Sodré (2010) discorre acerca de algumas proposições postas para os Assistentes Sociais, ressaltando que eles precisam, principalmente, estarem atentos para não reproduzir o modelo de reprodução em massa, a saber:

Os assistentes sociais precisam atentar para não repetir o modelo de produção em massa, que no caso da saúde-fábrica pode ser compreendido por plantões e encaminhamentos. Aquele arquétipo resumido em uma sala, um livro preto, um assistente social, uma agenda antiga de contatos telefônicos desatualizados. O que poderia ser equiparado ao médico que só entrega receitas. Este modelo não condiz com o discurso que foi criado do Serviço Social, que apregoa a emancipação humana como princípio. O que a instância hospitalar proporcionou à formação foi uma lógica inserida na dimensão histórica maior da instituição – uma máquina de fabricar produtos sem sentidos para o seu produtor e para o seu demandante. Produtos que se esgotam em si mesmos e perdem a dimensão processual do trabalho do assistente social (SODRÉ, 2010, p.8).

Deste modo, há um distanciamento do assistente social, no cotidiano de sua prática, daquilo que caracteriza o Serviço Social: a investigação, compreensão e trato dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem no processo saúde-doença. Nesta direção, Teixeira e Braz, (2009, p.194) ressaltam que “parece óbvio que a realidade atual não nos é favorável, e para isso precisamos enfrentá-la com competência profissional e conscientes do significado político-profissional de nossa atuação”, seguindo esta afirmação de que a qualificação profissional é extremamente importante, urge a necessidade cada vez maior, de profissionais com formação generalista e não fragmentada.

Dessa forma, o Conselho Federal do Serviço Social - CFESS, através dos “Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Saúde” apresentou diretrizes que devem ser seguidas pelos profissionais do Serviço Social. Este documento tem como finalidade “referenciar a intervenção dos profissionais do serviço social na saúde” (CFESS, 2009, p.5), além disso, sinaliza para que o profissional possa pensar e realizar uma atuação competente e crítica do

Serviço Social na área da saúde, sendo que as principais diretrizes consistem em:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2009, p.15).

Desse modo, os assistentes sociais têm como desafio, dentre outros: transpor caráter emergencial e burocrático da prática na saúde; reconhecer as funções de cada membro da unidade de saúde, efetuando as que lhe dizem respeito, conforme a legislação profissional; utilizar o perfil socioeconômico e cultural do usuário como instrumento provedor e garantidor de direitos, não como meio para praticar a seletividade e a elegibilidade.

O documento deixa bem claro que o assistente social deve afastar-se da prática psicoterapêutica, visto que sua execução pode resignificar o Serviço Social de Casos, representando um retrocesso; essa prática é denominada de Serviço Social Clínico.

No contexto das Ações em Equipe, a interdisciplinaridade é um ideal a ser alcançado e posto em prática, tendo em vista seu caráter de preservação das identidades profissionais, nas quais cada categoria reconhece e reafirma seu espaço na dinâmica da reciprocidade e do diálogo de saberes e técnicas. Quando ocorre o descompasso desse ideal do trabalho multiprofissional, a tendência é o assistente social absorver demandas que não são suas, a saber:

- Marcação de consultas e exames bem como solicitação de autorização para tais

procedimentos aos setores competentes;

- Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- Identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- Pesagem e medição de crianças e gestantes;
- Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- Comunicação de óbitos;
- Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)⁷, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

Estas demandas impostas advêm de um mercado de trabalho pressionador das instituições de saúde, pressões que são realizadas de vários modos, como a demanda e a fragmentação do trabalho. Há, também, a ausência de conhecimento de alguns assistentes sociais quanto aos que lhe compete e ignorância de outros profissionais no que tange às particularidades dos exercícios do Serviço Social.

Decerto, se faz necessário debater a interdisciplinaridade perpassando suas determinações, nas quais são decorrentes dos saberes e das práticas profissionais, enquanto processos sociais e institucionais, construídos e reconstruídos no fazer diário. Neste sentido, Miotto e Nogueira (2006, p. 6-7) destacam que a

[...] interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTTO; NOGUEIRA, 2006, p.6-7).

Cumpri informar que o trabalho em equipe se situa como uma das formas de dar maior rentabilidade às atividades, superando as ações fragmentadas e buscando uma visão

7. O TFD foi regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria no 55, de 24 de fevereiro de 1999. Trata-se de um dispositivo que garante o acesso de usuários de um município e/ou estado da Federação a serviços de saúde de outro município e/ou estado cuja responsabilidade é do gestor do SUS.

de globalidade, atributo dos fenômenos e fatos sociais. Sendo assim, Rizotti (1991) afirma que quando o trabalho é realizado por “profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, apresenta algumas características que devem ser recuperadas quando se tenta identificar os elementos que determinam o sucesso do trabalho conjunto”. Outro aspecto indicado por Rizotti (1991) que envolve o trabalho em equipe é o

[...] fato de ser realizado em um espaço institucional, no qual há submissão às normas e idealização sobre o trabalho. Ocorre com relativa frequência, em razão das hierarquias institucionais, um choque entre o arcabouço institucional e a autonomia relativa dos integrantes da equipe, devido à necessidade de horizontalização dos seus saberes e das suas práticas (RIZOTTI, 1991, p. 12).

Nesta perspectiva, os parâmetros discorrem a respeito da alta hospitalar, salientando que a alta médica deve ocorrer simultaneamente à alta social. Caso o paciente não tenha condições de recebê-la, cabe ao assistente social intervir nesse processo, embasado no acompanhamento do paciente/família, devidamente registrado. No caso da alta a pedido, o respeito à autonomia do usuário tem que estar presente, depois do mesmo ser esclarecido das reais implicações que isso pode lhe trazer. O médico tem o respaldo em seu Código de Ética para negar a alta a pedido, caso o paciente corra risco de morte. Essa decisão tem que ser respeitada e apoiada pelo assistente social.

Colimando aperfeiçoar as condições de trabalho dos profissionais da Saúde e das relações interpessoais destes entre si, com as instituições e com os usuários do SUS, a política de humanização tem no assistente social um profissional com formação generalista capaz de estabelecer o diálogo profissional-instituição-usuário, detectando os condicionantes do processo saúde-doença que não os psicólogos e biólogos. Essa humanização viabiliza repensar – com os profissionais, o Estado e os usuários – as condições de trabalho, os modelos de assistência e gestão da saúde, fazendo o devido liame entre os princípios e diretrizes da política de HumanizaSUS e do projeto de Reforma Sanitária.

No tocante às Ações Socioeducativas (ou Educação em Saúde), estas podem ser entendidas como:

[...] a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas pelos mesmos por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve ser coletivo, em grupo, pois possibilita a troca de experiência entre os sujeitos (VASCONCELOS, 1997 *apud* CEFESS, 2009, p.30).

Essas ações não devem levar o usuário à mera adesão às informações e/ou esclarecimentos, porém devem despertar a consciência sanitária, ou seja, a noção da saúde enquanto um direito de cidadania, o que implica na liberdade de escolha do demandatário/usuário.

Ao falar das *Ações de Mobilização, Participação e Controle Social*, expõe o documento dos parâmetros:

Estas ações estão voltadas prioritariamente para a inserção dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde nos espaços democráticos de controle social e construção de estratégias para fomentar a participação e defesa dos direitos pelos usuários e trabalhadores nos conselhos, conferências e fóruns de saúde e de outras políticas públicas. Enfoca, também, a democratização da instituição através da criação de conselhos gestores de unidades e outros órgãos colegiados que visem a participação dos trabalhadores de saúde na gestão da unidade. Envolve ações de mobilização em defesa da saúde nas áreas em que a instituição está circunscrita e articulação com movimentos sociais (CEFESS, 2009, p.31).

Dentre as variadas maneiras de realizar tais ações está a Ouvidoria, que tem absolvido vários profissionais de Serviço Social por considerar que sua escuta é qualificada e diferenciada. Essa forma de interlocução, para surtir os resultados esperados, deve consolidar-se em relatórios e serem coletivizados nos conselhos gestores de saúde (da unidade, se existir e local) para devida discussão e tomada de decisões que aprimorem o modelo de assistência à saúde do cidadão.

Ações de Investigação, Planejamento e Gestão – nestas o assistente social tem a incumbência de realizar estudos e pesquisas sobre a realidade da classe trabalhadora, dos usuários de saúde e suas demandas. Tal investigação visa auxiliar na construção, implementação e monitoramento do planejamento do Serviço Social, da instituição e da política de saúde nos vários níveis de gestão. Faz-se necessário salientar que a construção de planos, programas e projetos para a saúde é sempre uma tarefa coletiva, onde todas as profissões envolvidas dão em si sua leitura dos fenômenos. O alvo de todo esse empreendimento nada mais é que o melhoramento da qualidade dos serviços de saúde, superando entraves que histórica e corriqueiramente se alojam no SUS, mecanismo que materializa a política social de saúde brasileira.

De acordo com Yamamoto (2002 *apud* CEFESS, 2009) a ocupação de espaços administrativos (auditoria de gestão, comitês e comissões especiais, como CCIH, etc.) torna-se um desafio imenso posto aos assistentes sociais, ponderando que:

Tem-se verificado que os profissionais do Serviço Social, ao assumirem ações na gestão, tendem a não reconhecer seus objetos de trabalho e as funções exercidas como matéria e atribuições do assistente social, resvalando

para uma discussão desprofissionalizante que pode desdobrar-se em um esvaziamento da reflexão profissional e em uma crise de identidade quanto à profissão (IAMAMOTO, 2002 *apud* CFESS, 2009, p.34, nota 37).

Para finalizar, os Parâmetros apontam as *Ações de Assessoria, Qualificação e Formação Profissional*, nas quais o assistente social (coletivamente, como recomenda o documento) realiza treinamento, preparação e formação de recursos humanos direcionados à educação permanente de profissionais da saúde, qualificando-os e instrumentalizando-os.

A supervisão de estágios e articulação com as unidades de ensino, a criação e/ou participação em programas de residência uni ou multiprofissionais se enquadram no contexto destas ações. Como assessor, o assistente social tem como atribuição privativa a orientação na disciplina Serviço Social; como competência do profissional, o assistente social presta assessoria – na qualidade de especialista – à gestão de saúde, Organizações Não Governamentais (ONG's) e movimentos sociais.

De fato, o documento constrói uma discussão teórico-metodológica e ético-política, no qual busca sinalizar algumas reflexões sobre a relevância de uma leitura articulada entre a realidade específica institucional de cada profissional e o amplo contexto sociopolítico e econômico ao qual se situa a ação profissional, apresentando, portanto, algumas temáticas e ações estratégicas e relevantes no exercício profissional.

E por fim, dentre os temas que o documento traz, está compilado o item que diz respeito às habilidades e competências, estes que fazem referência à necessidade de produção de práticas intersetoriais, porém deixa claro para a categoria o tensionamento que tal estratégia evoca, a saber:

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do serviço Social na área da saúde consiste em [...] estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortalecem a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais (CFESS, 2009, p.30).

Nesta acepção, considera-se relevante que haja uma reflexão, tanto por parte dos estudiosos e, principalmente, dos profissionais que atuam na saúde, que reflitam sobre os arranjos intersetoriais, além disso, que suas reflexões sejam a partir da produção do conhecimento.

Nesta direção, poder-se-á dizer que os profissionais do serviço social que concebem a intersetorialidade como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado, isto é, enxergam a necessidade de integrar práticas e saberes, de

modo a contemplar, conforme Miotto e Nogueira (2009) a

[...] complexa realidade e fazer frente a um Estado setorializado, permeado por poderes disciplinares e poderes de composições antagônicas, nos quais se destacam o quadro de arranjos políticos partidários, a verticalização e hierarquização, bem como os corporativismos. [...] Tomando a intersetorialidade especificamente no plano da assistência à saúde, considera-se que ela permite a resignificação das práticas em saúde e a construção de processos coletivos de trabalho. Assim a intersetorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde (MIOTTO e NOGUEIRA, 2009, p. 247).

Nesta acepção, tomando como base os conceitos operacionais/mediações sumarizados acima, as ações viabilizam o direito social à saúde, permitindo transitar do discurso formal, ou ideologizado, para a concretude da realização e, sobretudo, ultrapassar o contexto em que retrata a saúde de forma precarizada com hospitais superlotados, usuários hospitalizados em corredores e acomodados em colchões ao chão, falta de material e medicamentos, profissionais insuficientes e insatisfeitos, enormes filas para marcação de consultas, horas de espera para o atendimento, ausência de recursos financeiros e investimentos, maioria dos serviços montados em sistemas de plantão, privatizações e desresponsabilização do Estado sobre as políticas sociais, ampliação de serviços sem critérios prévios, o que ocasiona o processo de judicialização da saúde.

Com efeito, diante de tantas precariedades, é notório tamanho desafio para os profissionais que são demandados a efetivação dos direitos, como o profissional do serviço social, pois em tempos de crise acentuada e de uma realidade tão dura, não é a regra, mas é quase para os assistentes sociais não conseguirem mediar de fato à inacessibilidade aos direitos dos usuários da saúde e, conseqüentemente, não construir práticas intersetoriais na saúde, não conseguir, sobretudo, elevar a qualidade do atendimento e realizar um atendimento humanizado. Coadunando com as inúmeras fragilidades e dificuldades postas ao serviço social, Iamamoto (2000), coloca que a questão decisiva para os assistentes sociais, diante de tanta complexidade é que:

As bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o Assistente Social aciona para exercer o seu trabalho [...] o conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado (IAMAMOTO, 2000, p.63).

De acordo com a autora citada acima, cabe, portanto, aos profissionais refletirem

sobre as problemáticas que perpassam seus espaços de trabalhos, compreenderem e encontrar estratégias para solucioná-los. De fato, é imprescindível reconhecer a magnitude do desafio para os profissionais que atuam na política de saúde, aqui em especial, os assistentes sociais, pois mesmo que os profissionais reflitam, decifrem, reconheçam e tentem clarear a resolutividade, é relevante dizer que nem todo problema será resolvido haja vista que é necessário um esforço conjunto de todos os profissionais que compõe a saúde para resolver problemas estruturais que dependem da articulação e luta de todos em busca da efetivação de fato do SUS.

É partindo desta compreensão que alguns autores entendem que a intersetorialidade pode ser uma estratégia relevante na busca de respostas das fragilidades sociais, entretanto, para que isso ocorra se faz necessário que a intersetorialidade seja estabelecida como estratégia de gestão e planejamento das políticas sociais brasileiras. Sendo assim, dentre os autores que estudam a temática da intersetorialidade no âmbito da saúde, em especial do serviço social, se faz necessário destacar as contribuições de Maria Dalva Horácio da Costa (2010) que discorre sobre a intersetorialidade não como um mero somatório de partes do conhecimento, mas entende a intersetorialidade como uma “[...] ação coordenada, conjugada por um objeto comum com base em uma clara direção social e/ou intencionalidade” (COSTA, 2010, p.218). Além disso, coloca que a intersetorialidade refere-se “[...] ao que se deve e ao que se pode fazer juntos para responder às reais necessidades da população” (idem, 2010, p. 218). Complementa ainda, imprimindo que a intersetorialidade é

[...] mais que articulação ou coordenação das ações, pois envolve profundas alterações na dinâmica, nos processos institucionais, conteúdos das políticas setoriais e no próprio sistema de proteção social brasileiro. Requer mais do que articulação e comunicação entre diversas políticas setoriais, saberes e poderes. Exige, portanto, uma visão estratégica integrada e relações horizontais entre os diversos sujeitos coletivos, gestão do sistema e serviços de proteção social envolvidos (COSTA, 2010, p. 218).

Poder-se-á dizer, após a análise dos entendimentos dos autores acerca da intersetorialidade, que a intersetorialidade deverá ser compreendida e concebida de forma ampliada, bem como deve ser planejada e desenvolvida coletivamente, num processo democrático de participação. Além disso, se faz necessário o desprendimento de amarras individuais de saber, bem como de disposição para construção coletiva, devendo, portanto, ser apreendida como estratégia ampla de gestão que não desconsidera as contribuições dos diversos atores envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersetorialidade é uma proposta bastante relevante para o campo da política pública e, dado a sua importância, tem sido abordada por distintas perspectivas, especificamente no âmbito da saúde.

Neste sentido, a intersetorialidade vem como uma recorrente estratégia para obtenção de uma maior interlocução entre políticas sociais, ensejando, no campo social, num importante aporte para superação da setorialização das demandas sociais. Também surge como possibilidade de minimizar a fragmentação e fragilidade históricas das políticas sociais, com vistas a amenizar as iniquidades sociais. Sendo assim, a intersetorialidade possibilita uma visão integral das necessidades sociais, de forma a compreender e considerar o cidadão de forma totalizante.

A intersetorialidade enquanto estratégia de gestão se constitui num desafio robusto no campo das políticas públicas, em especial a da saúde; A intersetorialidade no campo dos serviços também se constitui como desafio, pois ela tem relação direta necessariamente com a integralidade e, portanto, para que ocorra a proteção integral faz-se necessário que a intersetorialidade seja concretizada.

Conclui-se, portanto, nesta perspectiva, que a intersetorialidade deve ser entendida e discutida pelo Serviço Social pelo prisma da totalidade, de modo a forjar uma contribuição própria da profissão acerca desta temática, numa direção crítica. Concomitantemente, no campo da intervenção, a ideia de totalidade pode se consubstanciar na ideia de atenção integral, a qual implica a elaboração e consecução de respostas que atendam as necessidades colocadas pelos usuários através de suas demandas.

Por fim são evidentes os desafios postos à profissão que, tendo feito uma opção consciente e radical pela promoção e defesa da classe trabalhadora, vê nesta mesma classe, além das metamorfoses da questão social que se assombram, a tênue perspectiva de alcançar uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BRAVO, M. I. S. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: Fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.
- _____. Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: BRAVO, M. I. *et al.* (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental; entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersectorial, integral e resolutive. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, ago./dez. 2010.
- CARVALHO, R. N. **A prática do assistente social no PSF: desafios e perspectivas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família). CESED/FACISA, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (ORG). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/Parâmetros_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf> Acesso em Fev. de 2017.
- COSTA, M. D. H. **Serviço social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do sistema único de saúde**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, 2010.
- IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**; 3ª edição; São Paulo, Cortez, 2000.
- _____. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**, 13ª ed. São Paulo, Cortez, 2000.
- KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideó-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Tese de Doutorado. Recife: PGSS/UFPE, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional De Promoção Da Saúde**. Anexo I. 2006. Disponível em: <<http://portadasaude.gov.br>> Acesso em: fev. 2017.
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **Revista Ser Social**. Brasília, v. 11, n. 25, p.221 – 243. 2009.
- MIOTO, R. C. T. & SCHUTZ, F. **Intersectorialidade na política Social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais**. In DIPROSUL. 2011.
- MONNERAT, G. L. & SENNA, M. C. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: MOROSINI, M. V.; REIS, J. R. F. (orgs). **Sociedade, Estado e Direito à Saúde**. Editora Fio-

cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R, C. T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho profissional**. 2006. Disponível em: < <http://fnepas.org/serviçosocial-saude/início.htm>> Acesso em: Fev. de 2017.

RIZZOTTI, M. L. **O Trabalho em Equipe - um estudo na área da saúde**. Dissertação (Mestrado de Serviço Social) – (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2004.

VIEIRA, E. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

Benefício de Prestação Continuada (BPC): Do direito a Proteção Social ao significado de proteção social pelas famílias beneficiadas

Vaneide Alves dos Santos¹

Roberta Teodorico Ferreira da Silva²

Marinalva de Sousa Conserva³

RESUMO

O presente artigo busca analisar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a partir da ótica dos usuários beneficiados pelo programa. Com intuito de aprofundar essa discussão, serão apontados elementos da amostra da pesquisa intitulada “Proteção Social da Família” realizada no Estado da Paraíba, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Todavia, a amostra da pesquisa se remete a 15 municípios (João Pessoa, Patos, Guarabira, Campina Grande, Tio Tinto, Nova Floresta, Pedras de Fogo, Camalaú, Paulista, Conceição, S. João Rio Peixe, Sousa, São Bento, Princesa Isabel e Areia) localizados no Estado da Paraíba onde foram entrevistados 160 pessoas, sendo 56 idosos e 104 pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC. Para aprofundamento da discussão, o artigo está dividido em duas partes: a primeira intitulada “BREVE COMPREENSÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA” e a segunda sobre a “IMPORTÂNCIA DO BPC PARA OS BENEFICIÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS NO ESTADO DA PARAÍBA”. Logo, serão abordados elementos desde a Seguridade Social, da Política de Assistência Social enquanto direito e proteção social até a concepção e significado desses direitos (proteção social) pelos usuários do BPC, fazendo ligação com os serviços socioassistenciais, em especial o centro de Referência da Assistência Social (CRAS), considerado porta de entrada da Assistência Social.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Assistência Social. Transferência de Renda. Proteção Social.

1. Graduada em Serviço Social pela UFPB e mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) na UFPB 2016. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais - NEPPS/UFPB.

2. Formada em Serviço Social pela UFPB (2013) com especialização em Gestão do Sistema Único de Assistência Social-SUAS na Faculdade Internacional da Paraíba- FPB (2014-2016). Mestrando em Serviço Social pelo PPGSS/UFPB e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais- NEPPS/UFPB.

3. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2003); Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (1990) e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (1984). Possui experiência na área de Serviço Social com ênfase nas Políticas Sociais, Gestão da Proteção Social, Desigualdades Socioterritoriais, Assistência Social, Transferência de Renda e Avaliação de Políticas Públicas. Atualmente, coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS/ PPGSS/UFPB).

ABSTRACT

The present article seeks to analyze the Benefit of Continuous Provision (BPC) from the perspective of the users benefited by the program. In order to deepen this discussion, it will be pointed out elements of the sample of the research entitled “Social Protection of the Family” held in the State of Paraíba, through the Nucleus of Studies and Research in Social Policies, linked to the Graduate Program in Social Work of the Federal University Of Paraíba. However, the research sample refers to 15 municipalities (João Pessoa, Patos, Guarabira, Campina Grande, Tio Tinto, Nova Floresta, Pedras de Fogo, Camalaú, Paulista, Conceição, S. João Rio Peixe, Sousa, São Bento, Princesa Isabel and Areia) located in the state of Paraíba where 160 people were interviewed, 56 elderly and 104 disabled persons benefiting from the BPC. For further discussion, the paper is divided into two parts: the first entitled “BRIEF UNDERSTANDING OF SOCIAL ASSISTANCE AND THE BENEFIT OF CONTINUOUS BENEFIT” and the second on “THE IMPORTANCE OF BPC FOR BENEFICIARIES AND THEIR FAMILIES IN THE STATE OF PARAÍBA”. Therefore, the analysis will be approached from Social Security, social assistance policy as a right and social protection until the conception and meaning of these rights (social protection) by BPC users, making connection with social assistance services, especially the Reference Center of Social Assistance (CRAS), considered the gateway of Social Assistance.

KEY WORDS: Social Assistance Policy, Transfer of Income, Social Protection.

I. INTRODUÇÃO

Este estudo se propõe em analisar a provisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para os beneficiários do Estado da Paraíba–PB, tal produção teórica consiste num desdobramento dos estudos e trabalhos que estão sendo realizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), decorrentes do Projeto de Cooperação Acadêmica Casadinho/PROCAD 2011/2015.1 entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da UFPB e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGS-SSO) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), intitulado “ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRANSFERÊNCIA DE RENDA: Interpelações no território da proteção social”, sob a coordenação da Professora Doutora Marinalva Conserva.

No que se refere ao público alvo deste benefício, que são as pessoas idosas e as pessoas com deficiência, entende-se que estes dois segmentos representam parcelas fragilizadas da sociedade e que requisitam estratégias que sejam capazes de dar respostas, portanto, entende-se que o direito ao BPC seja uma das respostas esperadas por esse público.

Logo, o estudo propõe trazer o debate do significado de proteção social para essa população a partir de suas dificuldades de sobrevivência. As circunstâncias adversas a que são submetidos esses dois segmentos, pertencentes à classe trabalhadora deste país, instigaram a pretensão de analisar como a política de assistência social vem desenvolvendo a atenção com esse público, sobretudo no que se refere à concessão do BPC.

Portanto, o referido artigo busca abordar uma análise do BPC no Estado da Paraíba com base na pesquisa dos 15 municípios supracitados anteriormente. Assim sendo, é importante caracterizar estes beneficiários e apreender o processo de acessibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), identificar as implicações do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para as famílias do BPC I e do BPC PcD e como as mesmas avaliam e compreendem esse benefício.

Trata-se de uma investigação de natureza social, na qual se depara com questões relativas à objetividade e a subjetividade dos sujeitos pesquisados. Para tratamento dos dados foi utilizado os métodos qualitativos e quantitativos de análises, como sinaliza Minayo (2004) quando afirma que a junção dos dados qualitativos e quantitativos não se opõe ao contrário, se complementam, pois, a realidade interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Por sua vez, a pesquisa é derivada de dados secundários da pesquisa “Proteção Social da Família” e pesquisa bibliográfica. Partindo desse contexto elucidaremos sobre a proteção social no Brasil elencando as principais medidas de proteção social no início do século XX, com destaque para a conquista da Seguridade Social que representa um avanço quando se trata de proteção social no Brasil.

II. BREVE COMPREENSÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

No Brasil, a consolidação das políticas sociais sofre influência das transformações do contexto internacional, que estão relacionadas diretamente às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. Como afirma Faleiros (1995), em alguns momentos são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, mas, sobretudo se caracteriza como instrumento de garantia do aumento da riqueza da classe dominante. As políticas sociais aparecem relacionando-as com as exigências do capital para se valorizar e reproduzir a força de trabalho.

As políticas sociais na realidade brasileira se estruturam de forma lenta e gradual, passando pelas implicações provenientes do seu contexto histórico - marcado pela escravidão, pelo processo de industrialização nos países desenvolvidos e da adoção do capitalismo, tais características determinam a formação política, econômica e social no Brasil.

No campo da proteção social brasileira, as políticas sociais constituíram ao longo do tempo uma forte estratégia estatal de regulação da sociedade diante da questão social vivenciada no país. A conjuntura histórica reafirma marcas que não se traduz apenas na garantia de direitos para a população, mas por outro lado, revelou o viés de práticas tuteladoras e assistencialistas, sobretudo, direcionadas a população que vive em situações precárias de vida e trabalho.

Até fins do século XIX, o modelo de assistência brasileira voltada aos mais pobres baseava-se na prática de ajuda por intermédio da religião, e mais especificamente da Igreja Católica que mediante as contradições e desigualdades existentes, ganhava status de principal provedora de assistência aos mais necessitados. Esse cenário fez com que por longo tempo se estabelecesse no país um modelo caritativo de assistência social pautada em valores religiosos e morais.

As experiências internacionais, com a vivência de um Estado de Bem-Estar Social serviram para nortear o nosso sistema de proteção social no Brasil, porém a estrutura que se adotou esteve longe da essência que residiu o campo da proteção social nos países desenvolvidos, que garantiu padrões mínimos de renda, educação, saúde e a assistência a todos os cidadãos sob uma lógica concentrada mais precisamente no âmbito do direito.

Contudo, se faz necessário ponderar a respeito de um passado recente, vivenciado na sociedade brasileira e destacar que com a Constituição Federal de 1988 houve avanços decorrentes das lutas travadas pelos movimentos sociais e por trabalhadores, que em termos legais possibilitou mudanças no reconhecimento dos direitos civis, políticos e sociais.

Nesse contexto, um dos maiores avanços observados, refere-se à corporação da Assistência Social na constituição da Seguridade Social, ao lado da previdência e saúde, compreendendo uma concepção de proteção integral ao cidadão, estabelecendo uma significativa “ruptura” com o clientelismo social e também com a égide da benemerência, para os indivíduos sem capacidade monetária de acesso aos produtos ofertados pelo mercado.

Nesse sentido, as três políticas se inter-relacionam e se complementam, a saúde passa a ser vista com direito do cidadão e dever do Estado, seu acesso é universal e não contributivo, a previdência possui um caráter contributivo e tem como objetivo assegurar aos beneficiários meios de manutenção, por motivo de incapacidade, velhice, doença, etc. No que tange a assistência social, adquire um status de política social não contributivo, destinando-se a quem dela necessitar, segundo o que preconiza a Lei Orgânica da Assistência Social/1993.

Mesmo considerando os avanços pelos quais a política social tem passado, no que se refere às legislações, se faz necessário debater acerca da denominada contra-reforma neoliberal do Estado, que segundo Behring e Boschetti (2008), desde os anos 1990 o projeto neoliberal tem desenvolvido uma contra-corrente frente as conquistas legais estabelecidas pela constituição.

A consolidação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, de forma contraditória, imprimiu no cenário brasileiro uma nova concepção de Política de Assistência Social, colocada como direito de cidadania, com vistas a garantir o atendimento às necessidades básicas dos segmentos populacionais vulnerabilizados pela pobreza decorrente da desigualdade social produzida pelo modo de produção capitalista, estabelecendo que as ações de âmbito assistenciais deveriam possuir caráter descentralizante e participativo.

A inclusão da assistência social significou, portanto, ampliação nos campos dos direitos humanos e sociais e, como consequência, introduziu a exigência da assistência social, como política, capaz de formular com objetividade o conteúdo dos direitos do cidadão em seu raio de ação, tarefa, aliás, que ainda permanece em construção. (SPOSATI, 2004, p. 45)

Importante ressaltar que o cenário brasileiro na década de 90 não foi favorável para implementação dessas conquistas, uma vez que se instaurava no país a política neoliberal, com o objetivo de adequar o país a economia internacional, aderindo as suas determinações. Esse fato repercutiu sobre o mundo de trabalho gerando consequências devastadoras na sociedade, como o alto índice de desemprego, precárias condições de vida e de trabalho e o aprofundamento da desigualdade social.

Diante desse contexto de crise do capitalismo, os Programas de Transferência de Renda (PTR) são apontados como alternativa de solução para a crise do emprego e o “enfrentamento” da pobreza, sendo defendidos por estudiosos da questão social de diferentes matizes teóricas, das quais se destacam as perspectivas que seguem: uma de natureza liberal/neoliberal que considera os PTR como mecanismo compensatório e residual; outra de natureza progressista/distributiva que os defendem enquanto mecanismo de redistribuição de riqueza socialmente produzida e a última que encara-os como uma alternativa provisória para permitir a inserção social e profissional. (SILVA, 2012, p. 42).

A pobreza aparece distanciada dos debates estruturais e transformada num objeto técnico ‘em si’. Essa mutação, ao mesmo tempo, discursiva e prática, isola a compreensão do pauperismo da dinâmica estrutural de produção de riqueza, fazendo com que o trabalho nos termos ideológicos dominantes, deixe de ser o centro ordenador das políticas sociais, transformando-as em oportunidades individuais de obtenção de renda. (VALLA apud MOTA, 2012, p. 181)

O que se nota é a mudança no debate em torno da concepção de política social presente na Constituição de 88, que não era de combate à pobreza, mas de políticas destinadas a assegurar direitos e princípios da universalidade e da igualdade. No entanto, a partir 1990, tivemos a constituição de diversos programas de transferência de renda destinada à população mais pobre do país; programas como: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Programa Agente Jovem, Bolsa-Escola, entre outros.

Apesar dessas conquistas, diante das determinações da política neoliberal, a Seguridade Social se distancia cada vez mais dos seus princípios, sendo alvo de privatizações e de limitações que impedem a efetivação desses princípios. Há o predomínio de ofertas seletivas/focalizadas/fragmentadas das políticas sociais, negando o princípio da universalidade expresso na CF/88. (BERHING; BOSCHETTI, 2008).

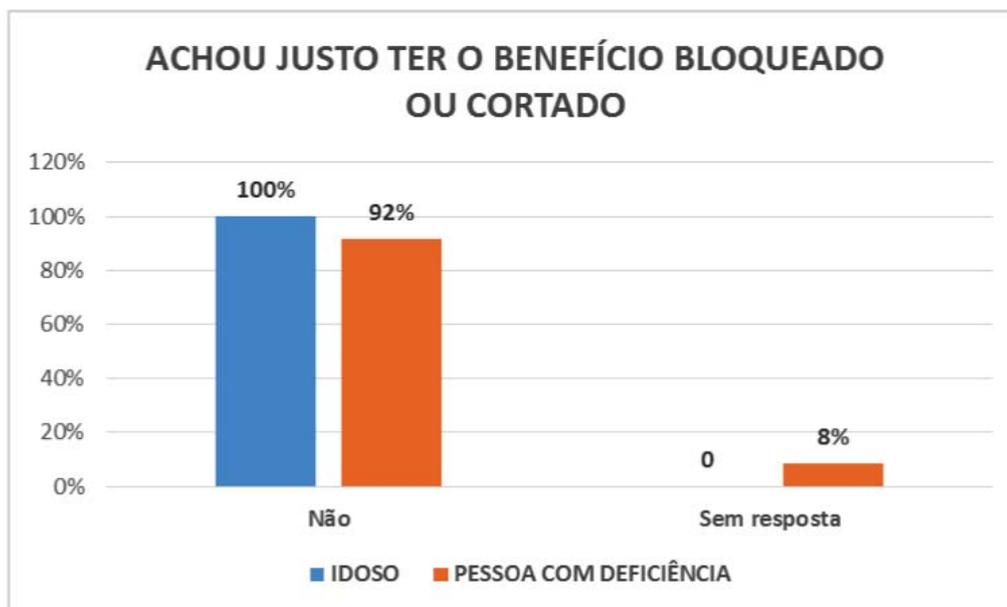
III. IMPORTÂNCIA DO BPC PARA OS BENEFICIÁRIOS E SUAS FAMÍLIAS NO ESTADO DA PARAÍBA

Atualmente o Brasil possui dois programas de transferência de renda de grande impacto são eles o PBF e BPC. No que tange ao BPC, ele se constitui como um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

O BPC foi instituído pela CF de 88, e regulamentado pela LOAS (93) e pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214/2007 e nº 6.564/2008. O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. Logo, o beneficiário deve fazer uma reavaliação do direito ao benefício a cada dois anos o que pode possibilitar o bloqueio ou a perda desse direito.

Tal benefício, como já foi citado, é concedido aos idosos e as pessoas com deficiência que estejam em situação de vulnerabilidade social, no entanto, é contraditório pensar que existe a possibilidade de ser cancelado, caso sejam detectadas mudanças no crescimento da renda econômica familiar, quando constitucionalmente ele se configura como um direito. Uma vez que esses dois tipos de sujeitos encontram-se em dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho, seja pelas limitações de idade, física, mental, etc. No gráfico 01 abaixo, pode-se ver o significado dessa perda para os usuários.

Gráfico 01: Se acha justo ter o benefício bloqueado ou cortado.



Fonte: Secundária, NEPPS (2014).

A pesquisa aponta que 23 pessoas pesquisadas tiveram seu benefício cortado ou bloqueado, sendo 4 pessoas dos 56 idosos e 19 pessoas das 104 pessoas com deficiência. No entanto, ao perguntar se achavam justo o corte ou bloqueio do BPC, os 4 idosos afirmaram que não, 17 das pessoas com deficiência responderam que não e 2 das pessoas com deficiência optou por não responder. Acredita-se que pela real necessidade financeira e/ou pela compreensão de ter esse benefício com um direito.

Portanto, cessar o BPC é uma agressão aos direitos sociais e uma forma de culpabilizar o indivíduo por não ter trabalhado ou por não ter trabalhado o suficiente para ter contribuído com a Previdência Social e assim, ter uma aposentadoria “digna e permanente”. Como culpabiliza-lo quando o mesmo está inserido num contexto desigual e excludente?

Em uma conjuntura social adversa, é relevante analisar o significado que os serviços e benefícios sociais passam a ter para os trabalhadores precarizados e fora do mercado de trabalho. Observa-se que “Diante do desemprego estrutural e da redução das proteções sociais decorrentes do trabalho, a tendência é a ampliação dos que demandam o acesso a serviços e benefícios da assistência social” (COUTO, YASBEK, et al, 2012, p. 68).

E o que se percebe é que quem indiretamente são beneficiados e que de certo modo também necessita do recurso, são as famílias dos usuários do BPC. Muito embora o BPC tenha um caráter individual causa rebatimentos para a família, uma vez que a provisão de um

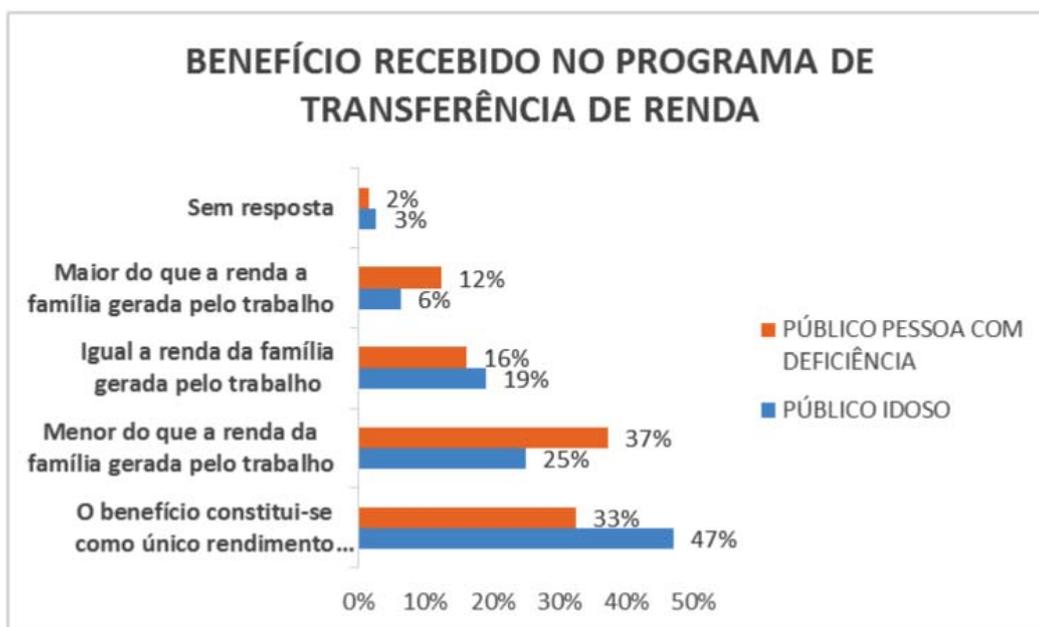
salário mínimo mensal possibilita “melhorias” na qualidade de vida tanto dos beneficiários quanto de sua família.

Assim sendo, para concessão do benefício o conceito de família aparece. A LOAS define no Art. 20, § 1º que a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

Tudo isso significa que a situação atual para a construção da política pública de assistência social precisa levar em conta três vertentes de proteção social: às pessoas, às circunstâncias, e dentre elas, seu núcleo de apoio primeiro, isso é, a família. A proteção social exige a capacidade de maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é neles que riscos, vulnerabilidades se constituem. (PNAS, p. 14)

Daí a necessidade de avaliar a importância do BPC para seus beneficiários e suas famílias. Todavia, Salienta-se a importância de saber se o benefício de transferência de renda é o único rendimento da família, mostrando assim sua importância para tal.

Gráfico 02: Benefício recebido no programa de transferência de renda



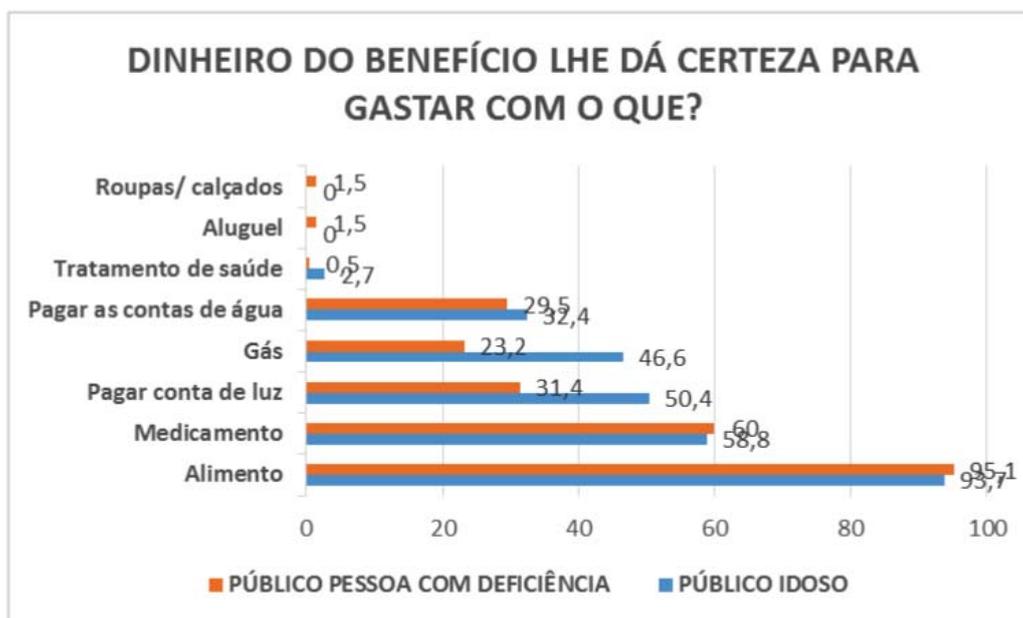
Fonte: Secundária, NEPPS (2014).

Com base na análise de ambos os grupos, o BPC acaba sendo uma provisão que não é utilizada única e exclusivamente pelos seus beneficiários, ao contrário é compartilhada por todos os membros da família, seja como complemento da renda, seja como renda única (61 usuários). Logo, tal benefício funciona como um relevante auxílio à renda familiar.

Ambos os segmentos afirmaram que o valor do BPC é menor do que a renda gerada pelo trabalho (53 usuários), isso nos leva a crer que os membros das famílias exercem outras atividades remuneradas. Já 17 beneficiários afirmaram que o valor do benefício é maior que o gerado pelo trabalho, o que nos faz pensar que membros da família trabalham de forma precarizada, se considerarmos que o valor recebido pelo usuário do BPC seja de um salário mínimo.

Apreciando a importância do benefício para os usuários e sua família avalia-se que é importante questionar sobre o que compram com a provisão deste benefício. Ambas as famílias afirmaram que investem basicamente com alimentação, seguida de vestuário, medicamentos/remédios, aparelhos domésticos e pagamento de aluguel. Conforme aponta o gráfico 03 abaixo em porcentagem.

GRÁFICO 03- Dinheiro do benefício lhe dá certeza de gastar com o que



Fonte: Secundária, NEPPS (2014).

Quando abordados sobre a certeza que o dinheiro do benefício traz, o gráfico 03 mostra que o item alimentação teve maior incidência, seguida de medicamentos, e ainda

alguns gastos de âmbito domiciliar como contas de água, luz, compra de gás de cozinha. É importante atentar que essas despesas são liquidadas principalmente com o dinheiro do BPC e não se ver gastos com laser, para uma melhoria na qualidade de vida.

O repasse deste benefício tem como objetivo principal suprir com as necessidades básicas do indivíduo, todavia manter-se única e exclusivamente com este benefício não é uma tarefa fácil tendo em vista que para prover a manutenção de uma família, que na sua maioria contém no mínimo três pessoas, necessita bem mais que um salário mínimo.

O que torna ainda mais preocupante é saber que 93 das pessoas com deficiências (90%) e que 46 dos idosos (82%) nunca receberam (nem suas famílias) benefícios como: documentos, cestas básicas, transporte, auxílio enxoval, auxílio funeral, auxílio aluguel e fraudas. Daí a necessidade de articular o BPC com outras políticas sociais voltadas para a pessoa idosa e para a pessoa com deficiência, garantido um atendimento de forma intersetorial.

Acredita-se que o não recebimento de tais benefícios se deve ao desconhecimento, por parte dos usuários, do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Uma vez que quando perguntado se conheciam o serviço do CRAS, 105 (68 pessoas com deficiência e 37 idosos) usuários afirmaram que não, o que equivale a 66%. 38 beneficiários (24%), sendo 24 pessoas com deficiência e 14 idosos afirmaram que conheciam, mas que não utilizavam. E apenas 16 usuários (10%), sendo 11 pessoas com deficiência e 5 idosos conheciam e utilizavam.

Essas famílias sem a cobertura do Serviço do CRAS, só afirma o quanto esses beneficiários estão em situação de “vulnerabilidade”, tendo em vista que as ações desenvolvidas para ampliação da proteção social aos beneficiários do BPC estão fragilizadas. Para confirmar essa assertiva, a pesquisa aponta que 88% usuários (141) nunca receberam visita dos profissionais do CRAS em sua residência e mais de 80% acessou o BPC pelo INSS e menos de 5% pelo CRAS.

Vale ressaltar que cabe ao CRAS o acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias com vistas à garantia dos direitos socioassistenciais, incluindo o usufruto do benefício, o direito ao protagonismo, à manifestação de seus interesses, à informação, à convivência familiar e comunitária e à renda.

Ainda nessa perspectiva, julga-se importante destacar a questão da falta e do que deseja, percebe-se que por se tratar de famílias de segmentos distintos, as afirmações vão para além de uma melhor alimentação e da compra de medicamentos, que seria, conforme os entrevistados, a prioridade, se considerarmos o gráfico anterior. Como se pode ver na Tabela 01 abaixo.

Tabela 01 - O que falta?/ o que a família deseja?

	PÚBLICO	
	IDOSO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA
Reformar minha casa/ material de construção	25%	14%
Acesso à saúde/ tratamento de saúde/ tratamento dos filhos	8%	13%
Uma casa melhor/ uma casa nova/ uma casa maior/ uma casa de tijolo	11%	9%
Casa própria/ comprar uma casa/ uma casa maior/ mudar de casa	5%	11%
Móveis/ mobiliar a casa/ móveis novos	4%	10%
Transporte/ um automóvel/ moto/ caminhão/ carroça	1%	10%
Emprego/ carteira assinada/ emprego para os filhos	7%	6%
Vestuário/ roupas/ sapatos	7%	4%
Lazer/ viagem/ passeio	4%	5%
Comprar remédios/ medicação/ fraldas	4%	2%
Eletrodomésticos	4%	1%
Alimentação melhor/ alimentação/ queijo/ cesta básica	3%	4%
Um salário melhor/ melhor condição financeira/ viver melhor	3%	3%
Aumento no benefício/ benefício maior	1%	4%
Proporcionar uma vida melhor para meus filhos com lazer/ conforto	3%	2%
Viagem com a família/ viajar	5%	1%
Melhorar a educação dos filhos/ escola particular/ creche/ faculdade	-	3%
Sítio/ chácara	2%	2%
Muitas coisas/ o que precisar	4%	1%
Uma cadeira de rodas adaptada	-	2%
Pagamento de um plano de saúde/ para tratamento de saúde	1%	1%
BASE:	56	104

Fonte: Secundária, NEPPS (2014).

Quando abordados sobre o assunto: os problemas e as faltas, as famílias do BPC Idoso, em sua maioria, afirmaram que não falta nada, que estão satisfeitos. Observa-se que também houve aqueles que desejam algo mais, como: reformar a casa, ter acesso a saúde, comprar vestuário, viajar, lazer. No caso das famílias do BPC PcD, verifica-se que, em sua maioria, desejam ter um transporte, comprar uma casa melhor e maior, uma demanda mais urgente, talvez pela própria condição de deficiência.

Pode-se afirmar que o contexto socioeconômico e cultural de cada família vai determinar os meios pelos quais os beneficiários encontram as diferentes possibilidades de encarar a vida e a luta pela sobrevivência. Em alguns casos nota-se que são questões concretas como “um transporte, um automóvel”, “uma reforma da casa” e em outros casos são desejos subjetivos como “mudar de casa”, que reflete um desejo de mudança, um futuro melhor, mais confortável. Mas é interessante observar que muitos os desejos vão para além dos bens materiais.

Esses dados apresentados nos fazem refletir que apesar da Política de Assistência Social propor o fortalecimento do trabalho com a família a partir dos serviços do CRAS (em especial) para a minimização da pobreza, o que se ver é que

A produção da desigualdade é inerente ao sistema capitalista, ao (re) produzi-la produz e reproduz vulnerabilidades e riscos sociais. Essas vulnerabilidades e riscos devem ser enfrentadas como produtos dessa desigualdade e, portanto, requerem uma intervenção para além do campo das políticas sociais. Não se resolve desigualdade com desenvolvimento de potencialidades individuais ou familiares. Não se trata de 'equipar' os sujeitos, nem de descobrir suas 'potencialidades' como trabalham alguns autores. Trata-se de reconhecer essa desigualdade, de identificar que há um campo de atuação importante que atende a necessidades sociais da população e que trabalha-las como direitos da cidadania rompe com a lógica de responsabilizar o sujeito pelas vicissitudes e mazelas que o capitalismo produz. (COUTO, YASBEK, et al, 2012, p. 72).

Logo, constata-se articulações entre pobreza, trabalho e desigualdade social. Não é possível analisar a situação da população atendida pelo BPC sem fazer uma reflexão dos elementos históricos que constitui a sociedade de modo de produção capitalista: capitalismo financeiro, regime de acumulação flexível, avanço tecnológico; terceirização dos serviços, altos índices de desempregos (redução de empregos formais e estáveis), presença de trabalhos extremamente qualificado e desqualificado, crescimento do setor de serviços, impactos negativos sobre a classe-que-vive-do-trabalho (Ricardo Antunes) que se tornou heterogênea, fragmentada e complexa, guinada política neoconservadora, hegemonia do neoliberalismo em diversos países, corte dos gastos estatais como medida prioritária, regiões geográficas industrialmente subdesenvolvidas foram inseridas no mercado mundial por meio de implantação de empresas transnacionais etc.

Entretanto, as mudanças societárias provocaram um reordenamento do capitalismo, implicando em novas configurações do Estado no que se refere à oferta das políticas sociais no Brasil. O Estado por sua vez, vem reduzido seu papel como garantidor dos direitos sociais, deixando a cargo do mercado e da sociedade civil essa tarefa. Dessa forma, o processo de privatização acontece através da mercantilização e refilantropização.

IV. CONCLUSÃO

Cabe, contudo, esclarecer que a Assistência Social através do BPC apresenta o caráter de “combate” à pobreza ou extrema pobreza a partir do momento que possibilita uma

renda mínima aos idosos e pessoas com deficiência. No entanto, essa ação de “combate” à pobreza, apresenta aspecto temporário (atualização do benefício a cada 2 anos) e focalizado (público em situação de pobreza ou extrema pobreza) a partir de critérios variados de “vulnerabilidade”, mas sempre condicionados a comprovação de renda insuficiente.

Essa realidade nos revela o distanciamento do enfoque universalista de proteção social que a política de assistência se apresenta em outrora. O que se vê são famílias que melhoram suas rendas, mas que continuam numa situação de pobreza, sem assistência do serviço CRAS de seu território. Porém, constatou-se que BPC acaba sendo uma provisão que não é utilizada única e exclusivamente pelos seus beneficiários, ao contrário é compartilhada por todos os membros da família, tal benefício funciona como um relevante auxílio à renda familiar.

Assim, afirma-se que apesar de todos os limites que permeiam o benefício de prestação continuada, concluímos que ele consiste num benefício fundamental para as famílias beneficiárias, tendo em vista que ele permite um certo e limitado ganho na autonomia, uma vez que os beneficiários podem administrá-lo do jeito que desejam, apesar da limitação no valor não permitir a melhoria na qualidade de vida como desejado.

Diante do que foi apresentado, apesar dos avanços tanto da Política de Assistência Social, tanto do BPC, com relação à constituição dos direitos sociais, conclui-se que é necessário investir na articulação do BPC com as demais políticas públicas e sociais, principalmente com as de Saúde, Previdência Social, Habitação, Educação e a própria Assistência Social como um todo, bem como investir na questão informacional objetivando ampliar a cobertura, repensar os critérios de acesso considerando o corte de renda, tendo em vista que para fazer jus ao BPC as famílias têm que comprovar não possuir meios para se sustentar e muito menos ser sustentada pela sua família, e por fim que o BPC seja operacionalizado de fato pela Assistência Social, e não mais pelo INSS.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do Serviço Social vol. 2).

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal da República do Brasil 1988**. Brasília/DF: Ministério da Educação, 1989.

_____. **Benefício de Prestação Continuada**, aprovado pelo decreto 6.214, de 26 de setembro de 2007.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Lei nº 8.747, de 07 de dezembro de 1993. Brasília/DF: Senado Federal, 1993.

COUTO, Berenice Rojas [et al] (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento.** 3 ed rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é Política Social.** São Paulo: Brasiliense, 2005. – (Coleção Primeiros Passos, 168).

MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Desenvolvimento e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade.** São Paulo: Cortez, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 23ª Ed. Petropolis, RJ. Vozes, 2004

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização.** São Paulo: Cortez, 2012.

SPOSATI, Aldaíza. **Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social** In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social e cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** São Paulo: Cortez, 2004.

O desafio da participação social na Política de Assistência Social: a atuação das lideranças comunitárias no município de Bayeux/PB

Wanessa Leandro Pereira¹

Maria do Socorro de Souza Vieira²

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo geral compreender como as lideranças comunitárias têm participado no processo de construção/reconstrução da Política de Assistência Social no município de Bayeux/PB. Quanto aos objetivos específicos, consistiram em traçar o perfil socioeconômico das lideranças comunitárias entrevistadas; analisar o conhecimento das lideranças comunitárias sobre as legislações e serviços da Política de Assistência Social no município; identificar de que forma as lideranças comunitárias demandam serviços da Política de Assistência Social para problemas existentes no seu território de atuação; e por fim identificar a compreensão das lideranças comunitárias sobre os benefícios e serviços da Proteção Social como direito. A pesquisa teve uma amostra de 80% dos líderes atantes no município. Optou-se pelo tipo de pesquisa de campo e foram utilizadas entrevistadas semiestruturadas. A pesquisa apontou a necessidade da construção de canais de participação por parte da gestão governamental do município no processo de participação na Política de Assistência Social.

PALAVRAS – CHAVE: Participação Social, Lideranças comunitárias, Assistência Social.

ABSTRACT

The research had the general objective to understand how community leaders have participated in the construction / reconstruction of social assistance policy in the city of

1. Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social da UFPB.

2. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002). Atualmente é professora associada da Universidade Federal da Paraíba, do Departamento e Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Bayeux / PB. As for the specific objectives consisted in tracing the socioeconomic profile of the interviewed community leaders, analyze the knowledge of the community leaders about laws and services of social assistance policy in the municipality, identify how community leaders demand services of the Social Assistance Policy issues in its territory of operation, and finally identifying the understanding or not the community leaders in recognition of the benefits and services of social protection as a right. The study had a 80% sample. We opted for the type of field research and were interviewed used semistructured. The survey showed the need to build part by participation channels of the municipal policy management in the process of participation in the Social Assistance Policy.

KEY - WORDS: Social Participation, Community Leadership, Social Assistance.

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta os principais resultados da pesquisa realizada no curso de dissertação de mestrado a qual buscou investigar a participação social das lideranças comunitárias no processo de construção da Política de Assistência Social. Trata-se de um trabalho de dissertação que compõe uma série de estudos realizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal da Paraíba e ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (UFPB), decorrentes do Projeto de Cooperação Acadêmica Casadinho/PROCAD 2011/2016, do Edital06/20011MCTI/CNPq/Capes, No. 552248/2001-8, entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da UFPB e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGS-SSO) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), intitulado “Assistência Social e transferência de renda: interpelações no território da Proteção Social”, sob a coordenação da Professora Doutora Marinalva Conserva.

O texto ora apresentado traz para discussão os resultados da pesquisa realizada como as lideranças comunitárias da cidade de Bayeux/PB. O objetivo geral da pesquisa foi compreender como essas lideranças têm participado no processo de construção/reconstrução da Política de Assistência Social no município. Por objetivos específicos: traçar o perfil socioeconômico das lideranças comunitárias entrevistadas, a fim de conhecer os aspectos sociais e econômicos que permeiam o cotidiano dessas lideranças; investigar quais espaços de participação social essas lideranças comunitárias estão inseridas na luta por direitos sociais relacionados à Assistência Social; analisar o conhecimento das lideranças comunitárias sobre as legislações e serviços da Política de Assistência Social no município; identificar

como se dá a participação social das lideranças comunitárias na busca por melhorias no campo da Assistência Social; e por fim, identificar a compreensão das lideranças comunitárias sobre os serviços e benefícios de Proteção Social presente no território de atuação delas.

A pesquisa foi realizada na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, com as lideranças comunitárias que atuam no município junto a Política de Assistência Social e que estão inseridas nos conselhos gestores. Do total de 30 associações comunitárias, apenas 10 líderes comunitários estão inseridos em conselhos gestores de diversas políticas sociais. Destes, foram entrevistadas 8 lideranças comunitárias, constituindo-se assim uma amostra 80% do universo da pesquisa. A participação em conselhos gestores e o envolvimento das lideranças com as questões da comunidade foram os critérios de escolha dos entrevistados, como também a disponibilidade para participar da pesquisa.

O interesse pela pesquisa partiu da experiência da pesquisadora (mestranda do PPGSS), como técnica no Programa Bolsa Família e ao setor de Benefícios Eventuais da Assistência Social no município de Bayeux. Nessa atuação, foi possível observar o processo de participação das lideranças comunitárias junto à política de Assistência Social, apresentando-se por vezes como meio de acesso aos serviços, programas e benefícios dos usuários presentes em seu território de atuação. Por outro lado, essas lideranças comunitárias frequentemente estavam presentes nos espaços de participação social da política, como também nos conselhos gestores das demais políticas.

As discussões teóricas em relação à efetivação da Assistência Social, enquanto política pública e de direito nos aponta para a necessidade de avanços na forma de gestão da política e nas estâncias de participação social, a exemplo dos conselhos gestores. Porém não se pode deixar de reconhecer que muitos dos movimentos sociais trouxeram avanços e contribuíram para que a Política de Assistência Social passasse de uma mera iniciativa da sociedade para ser uma política pública, de responsabilidade do Estado e direito do cidadão, através da Constituição Federal de 1988 e posteriormente pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993.

O CENÁRIO DA PESQUISA COM AS LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS

O estudo em foco consiste em uma pesquisa exploratória, visto que busca identificar “as relações existentes entre seus elementos componentes”. Este tipo de pesquisa “requer planejamento flexível a fim de considerar os diversos aspectos presentes no problema ou na situação” (CERVO, 2007, p. 64). O modelo da pesquisa se caracteriza também como quali-quantitativa, que, conforme apresenta Figueiredo (2008), ele associa análise estatística e investigação dos significados das relações humanas, o que facilita na interpretação dos dados obtidos.

No processo de investigação, optou-se pela pesquisa de campo. A partir da definição

da amostra, partiu-se para a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas que, segundo Minayo (1994), combina perguntas fechadas e abertas. As entrevistas foram feitas através de gravações em meio digital, sendo os dados posteriormente transcritos de acordo com o material obtido.

Os dados quantitativos foram transformados em representações gráficas através do uso do Excel e foram utilizados a fim de conhecer os sujeitos da pesquisa e saber quais aspectos sociais e econômicos permeiam seus cotidianos, como também entender um pouco de sua relação com a comunidade a qual está inserida no território de Bayeux.

A maior parte da pesquisa foi realizada por meio dos dados qualitativos, visto que a entrevista era composta predominantemente por perguntas abertas, sendo esta sua base fundamental, de forma que os principais resultados do estudo foram obtidos a partir desta base. A categorização e sistematização dos registros dos dados para a análise das falas foram elaboradas segundo o método de análise de conteúdo referenciado por Bardin (2009).

Esta técnica vale dizer, possibilitou a organização das falas das entrevistadas, contribuindo para entender os significados delas e com isto compreender a realidade estudada.

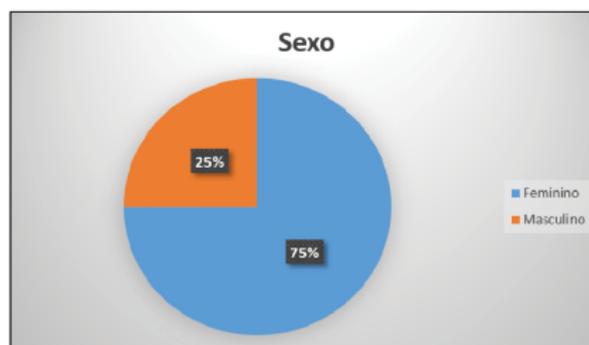
Assim, a referida pesquisa, teve seus dados analisados, após tabulados e categorizados, conforme apresentados a seguir.

OS DADOS EM DISCUSSÃO

Esta pesquisa tem como sujeitos oito lideranças comunitárias, representantes do município de Bayeux/PB, que atuam junto às associações de bairro na cidade e que estão inseridas nos conselhos gestores das políticas públicas. Assim sendo, buscamos conhecer as condições de vida dessas lideranças e seu processo de inserção e participação social. Para isso foram analisados os seguintes aspectos: sexo, renda familiar, cor, local de moradia, tempo que faz parte da associação comunitária e qual outro espaço de participação ela está presente.

No que se refere ao sexo, constatou-se que a grande maioria dos entrevistados era do sexo feminino, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1- Sexo das lideranças comunitárias participantes da pesquisa



Fonte: Dados primários, Bayeux- PB, 2014.

Tais dados apontaram para uma discussão importante sobre a participação feminina, visto que as mulheres na atualidade têm atuação expressiva nos diferentes espaços sociais e nas diversas formas de participação social. Conforme Gohn (1997), as mulheres estão presentes em redes associativas e de mobilizações diversas, tais como Organizações Não – governamentais (ONGs), associações de bairro e associações comunitárias, em entidades assistenciais, em organizações populares que atuam com a presença de mediadores, tais como os fóruns.

As mulheres participam ativamente dos movimentos sociais organizados e compõem os diversos conselhos de gestão pública e das políticas públicas existentes. Gohn (1997) ainda acrescenta que elas são maioria nos movimentos sociais, estando presentes nos movimentos populares de luta por melhores condições de vida e de trabalho. Elas constituem os maiores índices de participação e organização de suas demandas e entidades associativas. Assim, conclui a autora, “[...] quer como grupos de mobilizações de causas femininas, quer como participação feminina em diferentes mobilizações, as mulheres têm constituído a maioria das ações coletivas públicas.” (GOHN, 1997, p. 45)

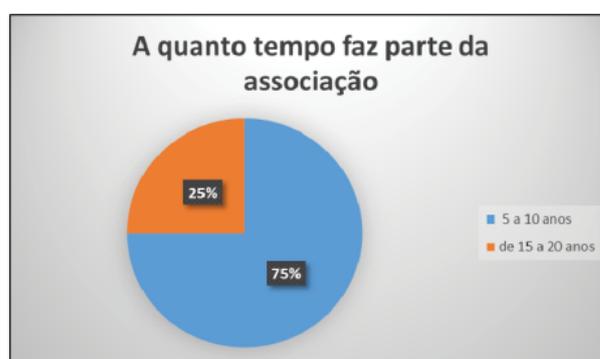
Mas porque essas mulheres se fazem tão presentes nos processos de reivindicações e de participação social? Isso aponta para o reconhecimento da mulher das esferas públicas como uma forma de romper ou liberta-se dos limites impostos pela sua vida cotidiana, muitas vezes restrita ao lar. Nos espaços públicos de participação, as mulheres começam a discutir tantos os problemas relacionados à questão da vida, escola, habitação como aqueles referentes a gênero e às questões que permeiam a relação pública/privada.

Com a participação nos espaços de lutas sociais as mulheres saem do seu âmbito privado para o público, o que dá a elas uma nova visão sobre as redes de relacionamento, proporcionada pelos novos saberes, conhecimentos e informações adquiridas com as novas

relações travadas com outras mulheres no processo de participação social.

Analisando os dados da pesquisa juntamente com aqueles que dizem respeito ao tempo de participação dos entrevistados na associação, podemos observar que a maioria começou a participar durante a juventude ou quando fazia pouco tempo que tinham saído dela. Visto que a maioria (75%) fazia entre 5 a 10 anos que participava da associação. Aqueles que não se enquadravam neste intervalo estavam entre 15 ou mais anos de participação, como mostra o gráfico a seguir:

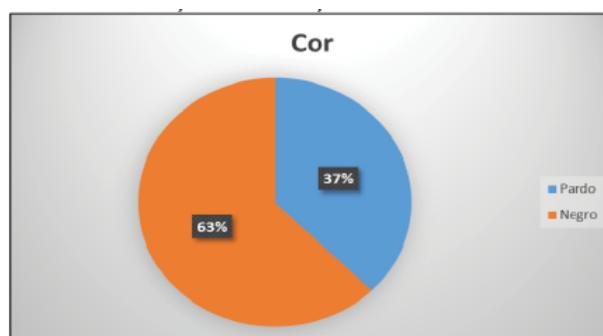
Gráfico 4 – Tempo de participação na associação comunitária



Fonte: Dados primários, Bayeux-PB, 2014.

Outro dado importante refere-se à cor/ raça das lideranças comunitárias entrevistadas. Observamos que a maioria das pessoas entrevistadas se considerava negras (63%) e aquelas que não se consideravam negras eram pardas, perfazendo um percentual de 37%. Devendo-se destacar que os dois percentuais juntos totalizam 100% da amostra da pesquisa.

Gráfico 6 – Cor/ Raça das lideranças comunitárias entrevistadas



Fonte: dados primários, Bayeux-PB, 2014.

Para analisar estes dados, podemos associá-los à questão da renda familiar das pessoas entrevistadas. Neste item podemos perceber que todas as lideranças entrevistadas tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 02 – Renda Familiar das lideranças comunitárias entrevistadas

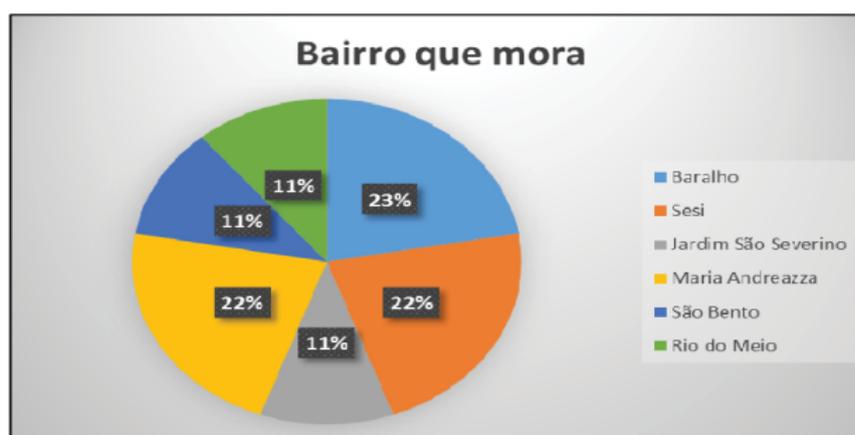
Renda Familiar	Quantidade das lideranças comunitárias
Entre 1 a 2 salários mínimos	8
Acima de 2 salários mínimos	0
TOTAL	8

Fonte: dados primários, Bayeux-PB, 2014.

Estes dados são demonstrativos do baixo nível salarial e de renda das lideranças comunitárias que atuam no município, e que são representantes dos usuários das políticas públicas nos conselhos gestores de Bayeux, evidenciando também as precárias condições de renda de grande contingente da população da cidade.

Outro dado que fundamenta a discussão é aquele referente ao local de moradia das lideranças comunitárias. A maioria morava os bairros do Mario Andreazza e do Sesi (sendo 22% delas em cada bairro), tendo também lideranças residentes nos bairros do Baralho, Jardim São Severino, São Bento e Rio do Meio, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 8 – Bairros residenciais das lideranças comunitárias entrevistadas



Para analisar esses dados, torna-se pertinente compreendê-lo junto aos dados referentes ao tempo que as lideranças comunitárias moram no bairro. Assim foi possível observar que 63% das lideranças comunitárias residem em seu bairro de atuação há mais de 30 anos, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 9 - Tempo que as lideranças comunitárias entrevistadas moram no bairro de atuação



Fonte: dados primários, Bayeux-PB, 2014.

Estes dados se apresentam como importantes, visto que ter vínculo com a comunidade, conhecer a vizinhança, as instituições que atuam no bairro se apresentam de forma relevância para a atuação das lideranças comunitárias, pois isto facilita na busca pelo apoio da comunidade e dos diversos órgãos públicos e privados nas melhorias desejadas.

Isto proporciona o que Galvão (2010) denomina de “redes sociais”. Conforme enfatiza, as mulheres vêm no bairro seu campo de atuação e suas ações são fortalecidas por meio das redes sociais, nas quais elas se unem e buscam melhorias para as famílias e a comunidade de modo geral, nas mais diversas áreas, como educação, saúde, esporte, etc.

Isto também, segundo Galvão (2010), se apresenta como um dos fatores que transformam as relações sociais das mulheres, tanto no âmbito privado quanto público, redefinindo “os papéis dos homens e mulheres no âmbito privado [...] determinado também a forma de inserção e atuação das mulheres na esfera pública” (GALVÃO, 2010, p. 17).

Aliada ao entendimento de Galvão (2010) sobre as “redes sociais” acrescentamos a compreensão do vínculo com o território e a importância disso no processo de efetivação dos programas, projetos e da própria política de Assistência Social na comunidade.

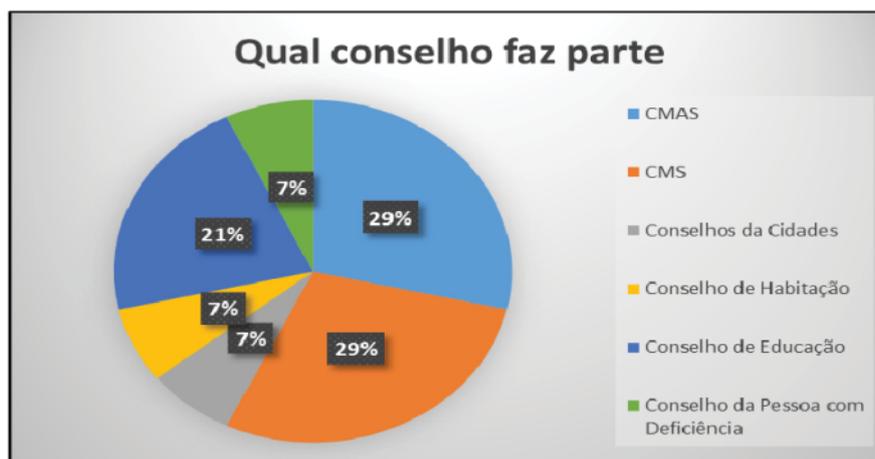
Conforme Guar (2010), um eixo importante do trabalho social no SUAS é o território. Esse eixo d uma dimensão diferenciada do que já vem sendo posto na política, a ideia de que o serviço tenta se aproximar do território de vivência do usuário, buscando atende-lo em suas demandas de proteo integral.

Assim, estando no território, conhecendo a realidade e a história das famílias usuárias dos serviços do SUAS, as situaes de urgências sociais, as lideranças acabam não apenas mobilizando a rede social de proteo, mas também respondendo a essas demandas com prontidão e eficiência.

Nesse meandro, o vínculo com o território das lideranças comunitárias aqui entrevistadas se apresenta como importante nessa compreensão da política, pois elas se mostram como canais de comunicao das situaes de vulnerabilidades e riscos sociais, demandando para os serviços as necessidades emergenciais presentes.

Outro dado importante revelado na pesquisa diz respeito  atuao das lideranças nas formas institucionalizadas de participao social: os conselhos gestores das políticas públicas. Como mostra o gráfico abaixo, 29% das lideranças comunitárias atuavam no Conselho Municipal de Assistência Social e 29% delas no Conselho Municipal de Saúde. E os demais a grande maioria tem uma relao com a Política de Assistência Social:

Gráfico 10 – Conselhos gestores que as lideranças comunitárias desenvolvem sua participao



Fonte: dados primários, Bayeux-PB, 2014.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Conhecer as leis que permeiam o campo da Política de Assistência Social no município de Bayeux se apresenta como uma tarefa essencial para as lideranças comunitárias na busca por direitos neste campo, visto que “[...] o conhecimento da legislação é um dos caminhos para o exercício da cidadania plena” (TESSAROTTO, 2008, p. 1).

Deste modo, foi questionado às pessoas entrevistadas quais legislações eram conhecidas por elas. A maioria das lideranças comunitárias evocaram não conhecer as leis ou normas que regulamentam a Política de Assistência Social, conforme a fala abaixo:

As leis, os artigos, essas coisas, não. Eu sei que tem, mas não sei dizer quais são. (Entrevistado 1)

A pesquisa também buscou compreender o entendimento das lideranças comunitárias sobre proteção social. A maioria das lideranças comunitárias entrevistadas mencionou que o conceito de proteção social está ligado ao acesso às políticas públicas, conforme a fala abaixo:

Eu acredito que seja aquela [...] que tenha um apoio social seja ele de um aluguel, de um auxílio à alimentação, que ele seja encaminhado para uma qualificação. Eu acredito que isso seja uma das formas de proteção social, seja a família, o pai a mãe, seja atendida pelo psicólogo, seja orientada, e fora as políticas públicas, direito a saneamento, à saúde, à educação, à moradia, então eu acredito que tudo isso seja uma proteção social. (Entrevistado 6)

Essa fala nos remete a discussão sobre proteção social apresentada por Sposati (2009). Conforme a autora o sistema de proteção social público teve seu início no século XIX com o processo de industrialização. Este, por sua vez, fez emergir a condição de vulnerabilidade e a insegurança social, em razão da expansão do trabalho assalariado, caracterizado pela venda da força de trabalho como mercadoria, sem qualquer garantia ou proteção por parte do capitalista, dono dos meios de produção.

Diante desse novo quadro de relações sociais, foi posto ao Estado o dever de ofertar a proteção social, inicialmente criando mecanismos para a garantia de renda, quando não se tinha ela pela via do trabalho. Posteriormente criou-se um conjunto de serviços e benefícios a fim de promover o bem estar social. Deste modo, conforme Sposati (2009) a proteção social se define como um conjunto de iniciativas públicas, de responsabilidade estatal para

prover serviços e benefícios sociais destinados aos indivíduos, sua família ou à comunidade, para que possam enfrentar situações de risco social ou vulnerabilidades sociais.

Sobre os serviços existentes ou não no território em que atuam, as lideranças comunitárias evocaram a falta de infraestrutura, como iluminação das ruas e esgotamento sanitário e em razão disso elas acabam por demandar do governo local resolutividade das situações, conforme as falas abaixo:

Bem, a gente tem feito, a gente faz os projetos tudinho ao prefeito como? Esgotamento que a gente não teve sanitário, levamos já faz seis anos que a gente leva inclusive mês passado a gente levou um [projeto] pedindo o esgotamento sanitário porque aqui, eu digo mermo, quiser botar bote, fezes na rua, xixi, é bicho, lixo, tudo isso a gente pensa em combater [...] (Entrevistado 6)

As lideranças comunitárias também apontaram a falta de serviços e programas na área de segurança alimentar, salientando que elas próprias buscavam dar respostas a essa situação, conforme a fala abaixo:

[...] ações como essa na ação social a gente tem também aqui com a parceria do SESC, a gente tem muito essa preocupação aqui devido por ser uma comunidade que tem uma boa parte dela seja carente, a gente tenta também fazer essa parte social que é na doação de alimentos, de um curso, por exemplo: nós temos uma parceria com o SESC Paraíba que doa pra gente de quinze em quinze dias ou quase semanalmente doações de alimentos, seja ele feijão, seja ele é macarrão, seja ele inhame, macaxeira, tem essa parte social aqui também [...] (Entrevistado 6)

Observa-se que as lideranças também atuam com ações de enfrentamento à fome nas comunidades, a qual é causada pela pobreza presente na cidade, fazendo parcerias com órgãos como o Serviço Social do Comércio (SESC) para a distribuição de alimentos.

Segundo Yasbek (2004), o conceito de segurança alimentar no contexto brasileiro está claramente associado à questão da pobreza e do desemprego, visto que esses dois aspectos são as principais causas da fome no Brasil, já que “ [...] o aumento da capacidade produtiva no país não resultou na diminuição relativa dos preços dos alimentos nem na maior capacidade de aquisição desses alimentos pelos segmentos mais pobres da população. ” (YASBEK, 2004, p. 106)

A presença da primeira dama como executora da política de Assistência Social foi outro aspecto que caracteriza o cenário de vivência da lideranças comunitárias em Bayeux. Quando indagado se a gestão local contribuía para a implementação da política de Assis-

tência Social no município, foi salientado por um entrevistado que sim, pois a secretaria era gerenciada pela mulher do prefeito, conforme a fala abaixo:

Acho que sim pelo seguinte, porque [...] quem é secretaria da ação social é a primeira dama, então não tem como dizer que não né? (Entrevistado 7)

A presença da esposa do prefeito como Secretária de Assistência Social do município contribui significativamente para imprimir a concepção errônea de que a política se apresenta pelo viés da benemerência. Conforme Sposati (2007) 50% dos municípios brasileiros ainda tem a esposa do prefeito como a gestora da Assistência Social, sendo ela em 20% dos casos a presidente do Conselho Municipal desta política. Isto dificulta significativamente a compreensão de que Assistência Social é uma política pública e de compromisso constitucional.

Quando indagado sobre a função do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) também ficou clara a falta de entendimento das lideranças comunitárias entrevistadas sobre, conforme as falas abaixo:

Vejo falar, o CRAS já me disseram que lá dar umas cesta básica, me disseram por que eu nunca fui atrás, pra essas pessoas bem carente, eu sei que tem muita gente carente que vai lá e não consegue, eu sei porque vai lá e me diz [...] essas pessoas dizem: eu fui ali e chamam um bocado de nome, mais não me ajudaram de jeito nenhum, nem com água, nem com luz, nem com botijão de gás, eles só dão na época da eleição depois da eleição tchau, porque a ação social era pra dar um botijão de gás não era? Era pra ajudar nem que seja, comprou um botijão, era pra ajudar, cesta básica, era pra ajudar com muita coisa, aqui na comunidade nunca tem por isso que eu digo, eu nunca recebi nada. (Entrevistado 5)

Lá fornecem remédios para aqueles que precisam. (Entrevistado 8)

Fica claro nas falas a falta de compreensão das lideranças comunitárias entrevistadas sobre o CRAS. Colocando por um lado este Centro como um serviço de saúde pública, ao afirmar que “fornecem remédios” e por outro lado entendendo que o serviço deveria funcionar na perspectiva da ajuda, do favor e no imediatismo, como “pagar uma água, uma luz ou fornecer um botijão de gás”.

Além do CRAS, na pesquisa buscou-se investigar quais as melhorias que o benefício do Programa Bolsa Família trouxe às famílias residentes no território de atuação das lideranças comunitárias, a maioria evocou que as famílias utilizam o benefício para alimentação conforme as falas abaixo:

Principalmente em alimentação, porque aqui mesmo uma família é, era muito difícil a gente ter alimento todos os dias, eu sei que quando chegar o dia do meu bolsa meu dinheiro tá lá eu posso ter uma coisa melhor, eu posso fazer uma feira para o meu filho. (Entrevistado 1)

Conforme Mesquita (2007) a maioria das pesquisas desenvolvidas no país apontam para o fato de que as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família utilizam o benefício para alimentação. Estes resultados mostram que os gastos com as despesas de alimentação lideram a lista dos itens mais consumidos com o benefício. Além de tirar as famílias da situação de fome, o benefício tem melhorado as condições de alimentação dessas famílias.

Foi indagado também como a comunidade acessa aos benefícios e serviços da política de Assistência social no município. A maioria evocou que as lideranças comunitárias auxiliam a comunidade para acessar os serviços, conforme as falas abaixo:

Eles têm acesso tanto ao CRAS, como ao reviver, entendeu? Eles têm assistência [...] Muitas vezes eles chegam lá e nem sabem que existe, nem sabe pra que serve, sabe que tem ali um CRAS mais não sabe pra que nem porque, e muitas vezes a gente vai lá ou informa sobre o que está acontecendo, chega lá vai se informar como fazer pra ingressar, elas dão orientação ai eu mando pra lá. Por exemplo, tem que renovar o cadastro do bolsa família eu tenho que ir pro CRAS o CRAS é que marca, me devolve. (Entrevistado 1)

Observa-se através das falas que as lideranças comunitárias se apresentam como interlocutores fundamentais no processo de gestão da política pública, em especial da Política de Assistência Social. A Política de Assistência Social preza no seu processo de gestão pelo mapeamento das situações de vulnerabilidade social no seu território de cobertura, visto que para atuar efetivamente é necessário conhecer as realidades vividas no cotidiano das famílias em situação de vulnerabilidade social.

Para tanto criar estratégias para desenvolvimento desse processo torna-se fundamental para a gestão dessa política. Nesse meandro, as lideranças comunitárias se apresentam como canais de participação nessa gestão, e no processo de construção e reconstrução do mapeamento do território. As lideranças comunitárias são representações dos territórios em que atuam. Além de atuarem como lideranças, elas vivem no território por muito tempo, são frutos desse território e nele se fizeram enquanto lideranças.

CONCLUSÕES

A luta travada pelas lideranças comunitárias no cotidiano das relações comunitárias e políticas no município de Bayeux/PB se caracteriza como uma continuidade das lutas que buscaram tornar a Assistência Social uma política de Estado. Assim, a pesquisa aponta que o perfil socioeconômico das lideranças comunitárias entrevistadas retrata situação de vulnerabilidade social, considerando que o grupo é composto por mulheres (75%), negras (63%) em situação econômica e social de pobreza, haja vista que todas as lideranças entrevistadas possuem renda família entre 1 a 2 salários mínimos.

Além disso, apontou que a maioria das lideranças comunitárias (63%) reside em seu bairro há mais de 30 anos, demonstrando um vínculo delas com o território de atuação. Outra informação importante apontada na pesquisa foi que 29% das lideranças comunitárias atuavam no Conselho Municipal de Assistência Social e 29% delas no Conselho Municipal de Saúde. E as demais atuavam junto a outros conselhos gestores, como o Conselho da Pessoa com Deficiência e o Conselho de Habitação. Observa-se que a participação maior se dá nas políticas da Seguridade Social Brasileira, e sendo uma delas a Política de Assistência Social, foco deste estudo.

Em relação ao conhecimento das lideranças comunitárias sobre as leis que permeiam a Política de Assistência Social, a pesquisa mostrou que elas não possuem conhecimento sobre as leis, serviços e benefícios da política. Esse dado leva-nos a compreensão de que a falta de conhecimento dessas lideranças comunitárias sobre as leis fragiliza o processo de participação delas na política. Outro dado apontado é a presença da primeira dama ou a esposa do prefeito como gestora da Política de Assistência Social no município. Ao apontar essa questão a pesquisa evidencia a cultura presente em muitos municípios brasileiros, onde a esposa do prefeito recebe este cargo de gestora da política. Isto acaba por resgatar a ideia de que a Assistência Social é uma política pautada nos princípios de benemerência, filantropia e clientelismo político.

A pesquisa também apontou que o benefício do Programa Bolsa Família é de suma importância para as famílias beneficiárias no que concerne à alimentação e a redução da fome da população. Por fim a pesquisa identificou que as lideranças comunitárias auxiliam a comunidade no acesso aos benefícios e serviços da Política de Assistência social no município, se apresentando como peças fundamentais no processo de gestão da política pública, em especial da Política de Assistência Social.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- CERVO, Amado Luiz; BERVAIN, Pedro Alcino, SILVA, ROBERTO da. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007, p. 57 a 67.
- FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de. **Método e Metodologia da Pesquisa Científica**. 3 ed. Yendis, 2008.
- GALVÃO, Elaine Ferreira. Gênero e saúde: a atuação das lideranças comunitárias na luta pela saúde. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1, 2010, Londrina. **Anais...** Londrina: EUL. Disponível em <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/2.ElaineGalvao.pdf>> Acesso em 05 de Maio de 2015.
- GOHN, Maria de Glória. **Os sem terras, ONGs e cidadania: a sociedade civil brasileira na era da globalização**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997, p. 111-163.
- GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros**. 3 ed. São Paulo: Loyola, 1994, p. 17 a 158.
- MESQUITA, Camila Sab. **O Programa Bolsa Família: Uma análise de seu impacto e alcance social**. Brasília: UnB/ ICH, 2007, p. 13 a 132. Dissertação (Mestrado). Disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3144/1/2007_CamileSahbMesquita.pdf> Acesso em 25 de Abril de 2015.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC- ABRASCO, 1994.
- MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, p. 41 a 49, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005> Acesso em 20 de maio de 2015.
- SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. **Concepção e gestão de proteção social não contributiva no Brasil**. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, UNESCO, 2009, p. 13 a 56. Disponível em http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/disseminacao/renda-de-cidadania/2009/concepcao-e-gestao-da-protecao-social-nao-contributiva-no-brasil/arquivos/concepcao_gestao.pdf/download> Acesso em 23 de dezembro de 2014.
- SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social: de ação individual a direito social. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, São Paulo, n. 10, p. 435 a 458, 2007. Disponível em <http://www.esdc.com.br/RBDC/RBDC-10/RBDC-10-435-Aldaiza_Sposati.pdf> Acesso em 21 de Maio de 2015.

TESSARROTO, Joselita de Oliveira. **Conhecer para exercer a cidadania:direitos dos trabalhadores canavieiros de Cupissura/ Caaporã.** In: Encontro de Extensão, 10, 2008, João Pessoa. Disponível em <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/x_enex/ANAIS/Area8/8CCJDDPPFPEX01.pdf> Acesso em 10 de Maio de 2015

YAZBEK, Maria Carmelita.O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **Revista São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 104 a 112, Abril/Junho, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010288392004000200011&script=sci_arttext> Acesso em 10 de Maio de 2015.

As possibilidades e limites do Benefício de Prestação Continuada para os beneficiários do Município de Patos/PB

Virginia Helena S. Paulino Lima¹

Maria de Lourdes Soares²

RESUMO

Este texto analisa as possibilidades e os limites da provisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para os beneficiários do Município de Patos/PB. No tocante aos objetivos específicos buscamos caracterizar as famílias beneficiárias quanto à composição familiar, sexo, escolaridade e situação ocupacional, apreender o processo de acessibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e por fim, identificar as implicações deste para as famílias dos Idosos e das Pessoas com Deficiências. O BPC se insere no âmbito da Seguridade Social brasileira, se configurando como um benefício assistencial, que concede um salário mínimo mensal às Pessoas Idosas e as Pessoas com Deficiência, que comprovem não ter outros meios de subsistência. Muitos entraves circundam o BPC sobretudo quando nos referimos a sua operacionalização e acesso, portanto compreender este benefício foi necessário contextualizar historicamente sua trajetória a partir da consolidação das políticas sociais diante do desenvolvimento da hegemonia neoliberal, esse contexto influenciou a formatação das políticas sociais, principalmente a Assistência Social. Os dados analisados foram derivados da pesquisa intitulada “Proteção Social da Família” realizada no Estado da Paraíba, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. Nesta pesquisa foram aplicados 2.095 questionários distribuídos nos 33 municípios do Estado, dos quais participaram famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada, dentre os municípios que entraram na amos-

1. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social da UFPB, realizando a pesquisa intitulada “A Política Pública de Assistência Social, Transferência de Renda e Territórios de Gestão de Proteção” em parceria com a Núcleo de Estudos e Pesquisa em Seguridade Social da PUC/SP.

2. Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2001) Pós-Doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC, SP, 2016). Coordenadora do Laboratório de Estudos e Práticas Sociais (LEPS/DSS/UFPB), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (PPGSS/UFPB).

tra selecionamos Patos/PB para utilizar como o território de análise, pois foram aplicados 39 entrevistas apenas de famílias beneficiárias do BPC, destas 21 foram BPC Deficiente e 18 BPC Idoso, constatamos que ambos os segmentos possuem características similares, são de baixa renda, possuem baixo grau de escolaridade e em sua maioria estão desempregados, no que se refere a acessibilidade vimos que a maioria delas ficaram sabendo da inscrição através de amigos e parentes, a maioria se inscreveu na agência do INSS, buscamos ainda conhecer a importância dele para essas famílias, evidenciou-se que o valor monetário é direcionado para alimentação e medicamentos satisfazendo as necessidades mais básicas dos indivíduos. Constatamos que seus critérios de acesso são rigorosos e que a articulação dele com os serviços de assistência social são incipientes, contudo para os que conseguem acessá-lo vimos que apesar de ser um benefício de caráter individual ele traz rebatimentos para toda a família.

PALAVRAS – CHAVE: Política de Assistência Social, Transferência de Renda e Benefício de Prestação Continuada.

ABSTRACT

This article investigates the possibilities and limitations of BPC provision for the beneficiaries of the Municipality of Patos / PB. Regarding the specific objectives, we aimed to characterize the beneficiary families as regards family composition, sex, schooling and occupational situation, apprehend the process of accessibility to the Continuous Benefit (BPC) and, finally, to identify the implications of this for the families of the Elderly and People with disabilities. The BPC is inserted in the scope of the Brazilian Social Security, being configured as an assistance benefit, which grants a monthly minimum wage to the Elderly Persons and Persons with Disabilities, who prove that they have no other means of subsistence. Many obstacles surround the BPC, especially when we refer to its operationalization and access, so understanding this benefit was necessary to historically contextualize its trajectory from the consolidation of social policies in the face of the development of neoliberal hegemony, this context influenced the formatting of social policies, Social assistance. Data analyzed were derived from the research entitled “Social Protection of the Family” held in the State of Paraíba, through the Center for Studies and Research in Social Policies, linked to the Postgraduate Program in Social Service of the Federal University of Paraíba. In this research 2,095 questionnaires distributed in the 33 municipalities of the State were applied, with families benefiting from income transfer programs, Bolsa Família and Continuous Benefit Benefit, among the municipalities that entered the sample we selected Patos / PB

to use as the territory of 39 interviews were carried out only from beneficiary families of BPC, of these 21 were BPC Deficient and 18 BPC Elderly, we found that both segments have similar characteristics, are low income, have low educational level and are mostly unemployed, With regard to accessibility, we saw that most of them became aware of enrollment through friends and relatives, most of them enrolled in the INSS agency, we also sought to know the importance of them for these families, it was evidenced that the monetary value is directed to Food and medicines meeting the most basic needs of individuals. We found that his access criteria are strict and that his articulation with the social assistance services are incipient, but for those who can access it we have seen that although it is an individual benefit, it brings backings for the whole family.

KEYWORDS: Social Assistance Policy , Cash Transfer, Continued Benefit

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se propõe analisar a provisão do Benefício de Prestação Continuada para os beneficiários residentes no Município de Patos- PB, tal produção teórica consiste num desdobramento dos estudos e trabalhos que foram realizados pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas Sociais (NEPPS), vinculado ao Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), decorrentes do Programa de Cooperação Acadêmica Casadinho/PROCAD 2011/2015³ entre o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PGSS) da UFPB e o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social (PEPGS-SSO) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), intitulado “ASSISTÊNCIA SOCIAL E TRANSFERÊNCIA DE RENDA: INTERPELAÇÕES NO TERRITÓRIO DA PROTEÇÃO SOCIAL”, sob a coordenação da Professora Doutora Marinalva Conserva.

A pesquisa “Proteção Social da Família”, foi um dos produtos advindo deste projeto e tinha como objetivo conhecer as condições de proteção social das famílias beneficiárias de programa de transferência de renda, tais com Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada, indagando até onde, para essas famílias, o benefício financeiro tem condições de ampliar sua proteção social (SPOSATI et al, 2014)

Esta pesquisa foi aplicada em 33 municípios paraibanos nas 14 regiões geoadministrativas do Estado. Para composição da amostra foram adotados diferentes critérios tendo em vista que o número de beneficiários do Programa Bolsa Família é bem mais elevado se

3. Edital 06/20011MCTI/CNPq/MEC/CAPES, PROJETO CNPQ NO 552248/2001-8

comparado ao número de beneficiários do BPC. Para seleção dos municípios onde foram aplicados questionários do PBF, consideraram-se as seguintes situações:

- 1- Maior concentração de famílias beneficiárias pelo PBF;
- 2- Menor concentração de famílias beneficiárias pelo PBF;
- 3- Maior concentração de famílias beneficiárias do PBF em área urbana;
- 4- Maior concentração de famílias beneficiárias do PBF em área rural;
- 5- Menor concentração de famílias beneficiárias do PBF em área urbana;
- 6- Menor concentração de famílias beneficiárias do PBF em área rural;

No caso do BPC, foi realizada a escolha de um município em cada uma das 14 regiões que apresentasse a maior incidência total de BPC, considerando o número total de idosos e de deficientes, desconsiderando a divisão de família entre urbano e rural, como foi feito com a amostra do PBF. (SPOSATI, et al 2014)

Portanto ao final de todo esse processo de consolidação da amostra tanto para famílias do PBF quanto para o BPC, foram selecionados 33 (trinta e três) territórios dos quais, nove (9) tiveram a incidência apenas do BPC, 20 (vinte) uma combinação de PBF e BPC e 4 (quatro) apenas PBF.

Selecionamos o município de Patos/PB, porque neste município foram aplicados 39 (trinta e nove) questionários apenas com famílias beneficiárias do BPC, e também por ele ser considerado um município de grande porte, com uma população de cerca de 100 mil habitantes, conforme a parâmetros utilizados pela Política Nacional de Assistência Social.

No que se refere ao público alvo deste benefício que são as pessoas idosas e as pessoas com deficiência, entendemos que estes dois segmentos representam parcelas fragilizadas da sociedade e que requisitam estratégias capazes de dar respostas a esse grupo. Portanto, buscamos contribuir com o esclarecimento das questões tanto da política de assistência social relativo especialmente ao BPC.

As circunstâncias adversas a que são submetidos esses dois segmentos, pertencentes à classe trabalhadora deste país, instigaram a pretensão de analisar como a política de assistência social vem desenvolvendo a atenção com esse público, sobretudo no que se refere a concessão deste benefício.

Para tanto consideramos importante caracterizar estes beneficiários, levando em conta composição familiar, gênero, escolaridade e situação ocupacional, para apreender o processo de acessibilidade ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e, por fim, identi-

car suas implicações para as famílias do Idoso e da Pessoa com Deficiência.

Portanto o que se pretende com esse trabalho é realizar um levantamento acerca dos diversos aspectos dessa política, sobretudo no que tange a sua configuração, no sentido de constitui uma produção teórico-prática que contribua com futuras análises que subsidiem outros estudos e pesquisas, portanto iremos discorrer sobre a Política de Assistência Social no Brasil, os Programas de Transferência de Renda e por fim expor os principais resultados desta pesquisa.

2 BREVE TRAJETÓRIA DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL

Para compreender os Programas de Transferência de Renda no Brasil Silva e Silva (2012), divide em cinco momentos distintos ressaltando como aconteceu todo o desenvolvimento histórico desses programas.

O primeiro se refere à aprovação no Senado Federal do projeto de Lei 80/1991 de autoria do Senador Eduardo Suplicy (PT/SP), cuja proposta foi a instituição de uma Programa de Garantia de Renda Mínima, que atendesse a todos os brasileiros, maiores de 25 anos de idade residentes no país, com uma renda que correspondesse, a cerca de 2 salários mínimos, neste período quase não havia espaços para discussão e implantação de qualquer política de enfrentamento a pobreza e de distribuição de renda, contudo a partir do impeachment do Presidente Collor de Melo é que a temática da pobreza é posta na agenda pública.

O segundo momento ainda em 1991, foi marcado pela tentativa de adoção de uma renda mínima que contemplasse uma articulação de renda familiar com a escolarização dos filhos dependentes da idade escolar, articulando assim a educação com transferência monetária.

A partir de 1995, inicia-se o terceiro momento, estimulado pelas primeiras experiências no Brasil Programas de Renda Mínima/Bolsa Escola, nos municípios de Brasília, Ribeirão Preto e Campinas estendendo-se para várias outras cidades e Estados brasileiros, foram iniciadas, em 1996, experiências também em âmbito federal como a implantação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), pressionando os governos a dar repostas ao enfrentamento da pobreza, assim a política de renda mínima, ultrapassa o patamar de mera utopia para se constituir numa alternativa concreta de política social.

O quarto momento iniciou-se em 2001, penúltimo ano do Governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, já no seu segundo mandato (1999-2002), este momento foi marcado pela ampliação dos programas de iniciativa do Governo federal, com a criação do Programa Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, tais programas alcançaram uma larga abrangência geográfica após a aplicação de um grande volume de recursos, compondo o eixo cen-

tral de uma “grande rede nacional de proteção social” conforme foi apontado no discurso do então Presidente da República, em virtude da aprovação da lei n. 10.219/2001, que autorizou o governo federal a realizar convênios com os governos de os municípios brasileiros para adotar o Programa de Renda Mínima associado à educação, ou a Bolsa Escola.

Esse quarto momento caracterizado pela introdução do debate em defesa de uma Renda de Cidadania, para todos os brasileiros preconizando, a passagem de uma Renda Mínima para uma Renda de Cidadania, foi marcado pelo lançamento do livro Renda de Cidadania, em 2002, de autoria do Senador Eduardo Suplicy.

A partir de 2003, época da gestão do Presidente Lula é inaugurado o quinto momento, marcado pelo desenvolvimento destes programas em todo País, sobretudo pelas mudanças qualitativas na direção da construção de uma política pública de transferência de renda de abrangência nacional, vislumbrando a superação da desigualdade, nesse período priorizou-se o enfrentamento da fome e da pobreza, no país, situando as Políticas Sociais enquanto importantes mecanismos na construção desse projeto, contanto que aja uma articulação com uma política econômica que proporcione o crescimento, a redistribuição de renda e a elevação dos níveis de emprego.

Esse período também é marcado pela Unificação dos Programas de Transferência de Renda, representada pela instituição do Programa Bolsa Família que se configurou na união da bolsa escola, do cartão alimentação e do auxílio gás, da aprovação do projeto de Lei n. 266/2001 do Senador Eduardo Suplicy instituindo uma Renda Básica de Cidadania sancionada em janeiro de 2004, e da instituição do Ministério de desenvolvimento Social e Combate a Fome que veio substituir o Ministério da Assistência Social e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome.

A partir dessa análise cronológica podemos compreender sinteticamente a maneira como os PTR foram se desenvolvendo historicamente no Brasil e ganhando espaço na agenda pública, se tornando alvo de intensos debate e discussões, sendo responsável pela difícil tarefa de amenizar os riscos sociais, em virtude do quadro de pobreza e desigualdade visivelmente preocupante que assola grande parte da população brasileira.

Atualmente temos presenciado no Brasil mudanças significativas na estrutura econômica e social que afetam diretamente no nosso sistema de proteção social, conforme o último relatório do PNUD/2014 o País vem apresentando nos últimos anos, uma constante no que se refere ao crescimento econômico, aumento do índice de emprego, da ampliação do salário mínimo, e também maiores investimentos públicos em programas contributivos e não contributivos de renda, tais intervenções causam impacto diretamente em muitas famílias brasileiras, sobretudo as mais pobres, contribuindo para a diminuição do quadro de extrema pobreza.

É nesse meandro que os debates sobre os programas de transferência de renda vêm

se tornando mecanismos essenciais de combate à pobreza e à redução da desigualdade, estes se configuram em um repasse monetário aos beneficiários, como estratégia de enfrentamento a pobreza, tentando articular o acesso e a inserção aos demais serviços sociais, buscando uma maior autonomia para as famílias, haja vista que a concentração de renda e de riqueza é uma das características mais marcantes da economia brasileira. Dessa forma os programas de transferência de renda com condicionalidades e centrados nas famílias pobres passaram a serem implementados nas três esferas de governo em âmbito Federal, Estadual e Municipal.

Os programas de transferência de renda, por sua vez tiveram maior impulso e expansão nas últimas gestões governamentais, sobretudo, do ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva (na gestão de 2002-2005 e na de 2006-2009) e também na gestão da atual presidente Dilma Rousseff que teve início em 2010, deixando claro que o principal foco desses programas é acabar com o quadro de extrema pobreza.

Isso tem gerado segundo Mesquita e Freitas (2013), um acirrado debate entre os teóricos, gestores de políticas públicas e formuladores, sobre a efetividade dessa política, formando um arcabouço de diversas opiniões sobre o tema, de um lado grupos de pensadores analisam de forma positiva o impacto que vem gerando no combate à pobreza e na redução da desigualdade, de outro afirmam que a ampliação da Assistência Social vem contribuindo para o desmantelamento da Seguridade Social causando uma contenção das demais políticas, e ainda há aqueles que defendem que Assistência Social ocupa um lugar fundamental no sistema de proteção social brasileiro.

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS 2004), esses programas objetivam criar possibilidades para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e dos indivíduos atendidos e o desenvolvimento local, daí a importância da matricialidade familiar, na qual põe a família como foco principal de intervenção da política de assistência social, apresentando-se como estratégia dominante desses programas, conforme a PNAS (2004, p 40) “a matricialidade sociofamiliar se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social”.

Após a constituição da PNAS, observamos uma mudança de paradigma, no que tange ao atendimento a família, o que antes era feito de forma isolada, muito mais centrada no sujeito do que na família, hoje a família se transforma em um agente central na efetivação na Política de Assistência Social, através da matricialidade familiar que “surge como antídoto à fragmentação dos atendimentos, como sujeito à proteção de uma rede de serviços de suporte à família”. (Teixeira, 2010, p. 05), direcionando para o atendimento integral dos indivíduos.

O fato da política nacional de assistência social, eleger a matricialidade familiar

como um dos pilares do SUAS, justifica-se pelo reconhecimento da responsabilidade do Estado de proteção social às famílias, compreendida como “núcleo social básico de acolhida, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social e espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias dos indivíduos” (MDS, 2009, p.12).

Diante desse contexto os programas de transferência de renda com condicionalidades e centrados nas famílias pobres são tratados como alternativa dominante desse sistema. Atualmente o Brasil possui dois programas de transferência de renda de grande impacto são eles o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa Bolsa Família (PBF).

No tocante ao BPC este consiste na garantia de um salário mínimo mensal, concedido à pessoa idosa com mais de 65 anos de idade e a pessoa com deficiência, sem meios de prover sua subsistência e nem tê-la provida por sua família, ou seja, um *mínimo social* que se apresenta como um dispositivo de proteção social destinada às pessoas que não tenham condições de obtê-la por meio de suas atividades atuais ou anteriores.

O Programa Bolsa Família, criado em 2003, a partir da unificação da Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás, se configura um programa de transferência de renda condicionada, destinada as famílias pobre e extremamente pobres com renda familiar mensal de até R\$ 154,00.

Como percebemos o debate e a prática dos programas de transferência de renda vêm se sustentando diante do quadro de desemprego, insegurança nas grandes cidades e também com a constatação do baixo grau de qualificação da mão de obra para atender a demanda do mercado e ainda o alto índice de pobreza que afetam as crianças e jovens no Brasil, daí a necessidade de compreender as determinações capitalistas na dinâmica das relações sociais, e na própria política de Assistência Social, tendo em vista o desafio que é pensar os programas de transferência de renda na atualidade.

3 PROCESSO DE REGULAMENTAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

A Renda Mensal Vitalícia, criada no âmbito da previdência teve sua extinção prevista pela Lei Orgânica da Assistência Social, a partir de 01 de janeiro de 1996, quando entrou em vigor a concessão do Benefício de Prestação Continuada, portanto o pagamento da RMV é mantido atualmente apenas àqueles beneficiários no período anterior a 1996, tal medida é baseada no pressuposto do direito adquirido.

O Benefício de Prestação Continuada é previsto na Constituição Federal de 1988, consiste em um salário mínimo mensal destinado à pessoa idosa, com mais de 65 anos, e à pessoa com deficiência, conforme estabelecido no Título III da Ordem Social, Capítulo II

da Seguridade e a Seção IV da Assistência Social, no Art. 203 da CF/1988 que preconiza:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Após todo longo processo de intensos debates e discussões o BPC inicia seu processo de concessão a partir de 01 de janeiro de 1996, depois de três anos de consolidação da LOAS, compreendido atualmente como o primeiro benefício não contributivo garantido na CF/1988, portanto a introdução dele na Política de Assistência Social consistiu na primeira atenção social de massa, pois quebrou a tradicional forma operada caso a caso pelo ajuizamento individual, introduziu a forma pública de regulação social do Estado no acesso de massa a benefícios não contributivos e por fim aprofundou a certeza do acesso à atenção aos idosos e pessoas com deficiência. (SPOSATI, 2011, p. 125)

Entretanto sua introdução no cenário nacional, não se assentou no debate público em defesa de mínimos sociais, ao contrário, sua introdução foi cercada de baixa visibilidade e os setores que mais dialogaram foram àqueles ligados à defesa das pessoas com deficiência em busca de efetivar o dispositivo constitucional. (SPOSATI, 2011, p. 128).

Sua implementação e gestão nos primeiros anos estiveram entregues à Previdência Social, como consequência sua trajetória inicial foi apartada da Assistência Social, desarticulada das demais ações, distanciando-se da condução política. Como afirma Sposati (2011, p.127)

Sua adoção foi provocada mais pelo interesse da previdência social em depurar seu financiamento entre benefícios contributivos e não contributivos. Foi, sobretudo, uma motivação mais atuarial do que de justiça social que gerou a propositura do BPC, transitando do campo da previdência para o campo da Assistência Social. Isto é a introdução do BPC ganhou força mais como um mecanismo para aprofundar o caráter contributivo previdenciário.

Regulamentado pela Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social), com alterações das Leis nº 9.720/98 e nº 10.741/03 e pelo Decreto nº 1.744/95, tendo entrado em vigor em 01/01/1996, o BPC passa a integrar a oferta da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social, em virtude de uma nova concepção da Política Nacional de Assistência Social.

Observamos a existência de um aparato legal que rege o BPC e o consagra efetivamente como provisão que materializou o direito a Assistência Social, como uma política não contributiva de responsabilidade do Estado demonstrando assim, a importância do cumprimento do direito social, com vistas a reduzir a desigualdade social.

Para acessar o benefício, o indivíduo precisa atender aos critérios de elegibilidade, no caso da pessoa idosa, provar de ter 65 anos ou mais, comprovar que não recebe nenhum benefício da previdência social, ou de outro regime previdenciário; e que a renda mensal familiar *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente; no caso da pessoa com deficiência, além da renda familiar que também é inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, comprovar que a sua deficiência traz impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Redação dada pelo Decreto nº 7.617, de 2011)

As pessoas que se encontram em situação de rua, também podem requerer ao benefício conforme trata o Decreto nº 7.617 de 2011,

Art 13. § 6º Quando o requerente for pessoa em situação de rua deve ser adotado, como referência, o endereço do serviço da rede socioassistencial pelo qual esteja sendo acompanhado, ou, na falta deste, de pessoas com as quais mantém relação de proximidade.

§ 7º Será considerado família do requerente em situação de rua as pessoas elencadas no inciso V do art. 4º, desde que convivam com o requerente na mesma situação, devendo, neste caso, ser relacionadas na Declaração da Composição e Renda Familiar.

Apesar de estar regulamentado legalmente, podemos afirmar que não deve ser fácil a requisição do BPC para este público, tendo em vista a dificuldade de informação sobre o direito de recebê-lo e principalmente a comprovação da vasta lista de documentos exigidos, em virtude da grande vulnerabilidade a quais estão sujeitos estes segmentos da sociedade.

Os valores recebidos dos Programas Assistenciais de governo, a exemplo do Programa Bolsa Família, não integram o cálculo da renda mensal bruta familiar, para fins de BPC, podendo, portanto uma mesma família ser beneficiada com os dois programas transferência de renda.

Com relação à pessoa com deficiência, as alterações conceituais foram bastante substantivas, a começar pela substituição da terminologia pessoa portadora de deficiência (PPD), para pessoa com deficiência (PcD), retomando a definição conferida pela Loas, com abordagem menos reducionista da que até então em vigor.

Ao tratar da caracterização e avaliação, para requerer o benefício o indivíduo tinha que ser considerado pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho por meio de avaliação por equipe multiprofissional do SUS ou do Instituto Nacional de Seguridade Social, entendia-se por incapacidade resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedissem o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho, a partir das novas alterações legais, a avaliação médico-pericial passa a ser de responsabilidade do INSS, e a incapacidade passa a ser entendida como um fenômeno multidimensional, composto pela limitação tanto no desempenho de atividades quanto na impossibilidade de participação e integração social, daí a avaliação passa a ser em conjunto, médico pericial e assistente social.

O Benefício de Prestação Continuada não está sujeito a desconto de qualquer contribuição, por isso não gera o direito ao pagamento do décimo terceiro salário, tem um caráter pessoal, intransferível, portanto não gera pensão aos dependentes, é distinto de outros programas, projetos e serviços de Assistência, pelo seu caráter continuado, no entanto de dois em dois anos há um processo de revisão, que se for detectado a superação na situação econômica do beneficiário poderá ser cessado, de acordo com as regras (Art. 21, Lei 8742/93), o BPC será suspenso se identificada qualquer irregularidade na sua concessão ou manutenção, ou se verificada a não continuidade das condições que deram origem ao benefício. (Redação dada pelo Decreto nº 7.617, de 2011)

Tal benefício, como já foi citado é concedido a dois tipos de sujeitos, aos idosos e as pessoas com deficiência, que estejam em situação de vulnerabilidade social, contudo, é contraditório pensar que existe a possibilidade de ser cancelado, caso sejam detectadas mudanças, no crescimento da renda econômica familiar, quando constitucionalmente ele se configura como um direito, uma vez que esses dois tipos de sujeitos, encontram-se em dificuldade de ingressar no mercado de trabalho, e no tocante ao idoso este já possui uma idade bastante avançada, para entrar no mercado, portanto cessar tal benefício é de fato, uma agressão aos direitos sociais.

Para ter acesso ao BPC não é necessário ter contribuído diretamente para a previdência social, esse benefício transcende o mundo trabalho, tendo em vista que muitos beneficiários em algum momento da vida já exerceu algum tipo de atividade laborativa, e inclusive já contribuíram por algum tempo para a previdência, mas não o suficiente para garantir a aposentadoria daí muitos usuários recorre a este tipo de benefício, como destaca Silva (2011, p. 282) as pessoas com alguma deficiência, mesmo não limitadora de sua capacidade de trabalho, e pessoas idosas com idade de 65 anos, desempregadas ou sem capacidade de continuarem contribuindo com a previdência, procuram o acesso ao BPC como alternativa.

Sendo assim analisamos que o desenvolvimento do marco legal BPC mostra que, mesmo sendo considerado um direito básico constitucional, sua implementação foi permeada por avanços e retrocessos, a partir de definições e redefinições conceituais da noção operacional de família, pela redução da idade para o acesso e redefinição de deficiência e incapacidade, que recuou e evoluiu até a legislação atual. (SILVA E IVO, 2010).

O repasse deste benefício tem como objetivo principal suprir com as necessidades básicas do indivíduo, todavia manter-se única e exclusivamente com este benefício não é uma tarefa fácil tendo em vista que para prover a manutenção de uma família, que na sua maioria contém no mínimo três pessoas, necessita bem mais que um salário mínimo, uma vez que os beneficiários contemplados com este benefício possuem demandas diversas.

Daí a necessidade de articular o BPC com outras políticas sociais voltadas para a pessoa idosa e para a pessoa com deficiência, garantido um atendimento de forma integral.

O BPC, embora expresse uma conquista da sociedade civil na luta pela inclusão, caracterizando-se como um direito previsto na Constituição, mas por se só é incapaz de garantir um padrão que traduza em melhorias na qualidade de vida, desenvolvimento das capacidades humanas, sociais, políticas e, sobretudo produtiva dos cidadãos a quem se destina.

4. A PESQUISA E A ANÁLISE DO BPC EM PATOS/PB

O território escolhido para aprofundamento do estudo denomina-se Patos/PB, tal município está localizado na microrregião de Patos e na mesorregião do Sertão Paraibano, distante 300 km de João Pessoa, capital paraibana, é o município sede da 6ª região Geoadministrativa do Estado, sua localização se encontra no centro do Estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba, viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará,

Essa polarização permite o fortalecimento do comércio local. Sua economia baseia-se na cultura do algodão. As principais indústrias são as de calçado, extração de óleos vegetais e beneficiamento de algodão e cereais. Tem grande riqueza mineral, como jazidas de mármore cor-de-rosa e ocorrências de ouro, ferro, calcários e cristal de rocha. Ainda se destaca como um dos municípios de mais rápido desenvolvimento industrial do sertão paraibano.

Podemos observar que o Município de Patos tem se destacado no Estado do ponto de vista populacional, de acordo com o IBGE sua população em 2010 era de 100.674 e foi estimada em 105.531 habitantes em 2014, possui uma densidade demográfica de 223,08 hab./km², fazendo deste município o quarto em termos populacionais, atrás de João Pessoa, Campina Grande e Santa Rita.

No que se refere aos dois segmentos que vamos centrar nossa análise, a pessoa idosa e a pessoa com deficiência, o Censo Demográfico de 2010 revelou que a população paraibana tem ficado com sua população mais velha e urbana com o aumento do êxodo rural. A população idosa chega a 452 mil habitantes em todo o Estado, representando 11,9% das pessoas com 60 anos ou mais.

Referindo-se mais especificamente ao Município de Patos 37.568 pessoas declararam ter alguma dessas deficiências, sendo a deficiência visual e motora com maior incidência com 21.405 e 8.585 respectivamente. O IBGE revelou ainda que do total de habitantes deste município 8.850 vivem com renda *per capita* abaixo de R\$ 77,00, deste 435 são idosos, 105 indivíduos extremamente pobres com alguma deficiência mental; 1.159 tinham alguma dificuldade para enxergar; 345 para ouvir e 493 para se locomover.

Com relação ao número de beneficiários de programa de transferência de renda, segundo dados da SAGI, em 2013 existiam neste município 12.314 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e 4.059 pessoas contempladas com o benefício de prestação continuada, sendo 2.062 idosos e 1.997 pessoas com deficiência, observamos que 16,3% da população total de Patos são beneficiárias de programas de transferência de renda, estas famílias se configuram público prioritários para os serviços e benefícios da Política de Assistência social.

No que se refere a proposta desse artigo que é analisar as possibilidades e limites do BPC para seus beneficiários no Município de Patos- PB, vamos apresentar os aspectos que analisamos dos 39 questionários aplicados em Patos/PB.

Das 296 questões que compõe o questionário vamos analisar 15 (quinze) questões dos diversos blocos dispostos nos questionários, selecionamos as questões de acordo com os objetivos desse estudo que visa caracterizar as famílias beneficiárias do BPC idoso e deficiente enquanto situação socioeconômica, apreender como ocorreu o acesso ao benefício e por fim analisar a constituição deste benefício para as famílias beneficiárias.

Por compreender que a família beneficiária do BPC deficiente se configura de forma diferente da família do BPC idoso, optamos em analisar separadamente os dados, contudo utilizamos as mesmas questões e na mesma ordem de análise com intuito de traçar minimamente o perfil da família desses dois segmentos.

Ao nos debruçarmos nas questões que abordam o acesso ao benefício e a importância do benefício para as famílias, optamos em analisar conjuntamente os dois segmentos, tendo em vista que as afirmações foram muito semelhantes. Portanto vamos demonstrar através de gráficos elaborados pela autora, utilizando uma abordagem quantitativa dos dados.

A tabela a seguir demonstra a caracterização dos dados conforme a quantidade de membros da família, sexo, relação com o chefe, idade, situação ocupacional das famílias beneficiárias do BPC Idoso.

Tabela 01 – Distribuição conforme a Quantidade de membros da família, sexo, relação com o chefe, idade, situação ocupacional – BPC Idoso

	BPC I (RESPONDENTES)	BPC I (MEMBROS DA FAMÍLIA)
Quantidade de Membros da Família	61% residem com 2 a 4 moradores 16,6% residem sozinhos	-
Sexo	Com relação aos respondentes 8 são do sexo feminino e 10 masculinos;	99 são do sexo feminino e 88 masculino.
Relação com o chefe da família	90% declarou que são os próprios chefes da família	
Idade	100% compreende a faixa etária entre 65 a 75 anos	A Maioria com mais de 75 anos
Escolaridade	45% EF (1º ao 5º) 33% Não Alfabetizado 11% EF (6º ao 9º) 11% Médio Incompleto	42% EF incompleto 28% Não Alfabetizado 13% EM Completo 6% EM incompleto 3% Superior completo 3% Superior Incompleto
Situação Ocupacional	100 % Desempregados	100% Desempregados

Fonte: Secundária, NEPPS (2014). Elaboração própria

Referente à quantidade de membros residentes do mesmo domicílio os dados apontaram que 33,3% das famílias residem com 3 moradores, 27,7% residem com 2 moradores, 22,2% residem com 4 e 16,6% declararam morarem sozinhos. Observa-se que a maioria reside com outros membros da família.

Conforme Camargos et al (2011 Apud BERQUÓ,1996), existem alguns fatores que contribuem para a composição familiar da pessoa idoso, o efeito acumulado de eventos demográficos, socioeconômicos e de saúde ocorridos em etapas anteriores do ciclo vital, como tamanho da prole, mortalidade diferencial, celibato, viuvez, separações, recasamento e migrações conformam, ao longo do tempo, tipos distintos de arranjos familiares ou domésticos.

Com relação ao sexo, os idosos que responderam à pesquisa são em sua maioria do sexo masculino, quando analisamos os membros residente no domicílio, identificamos que a maioria é do sexo feminino.

Se considerarmos o somatório das pessoas respondentes com a quantidade de pessoas que residem no domicílio, o número de mulheres é superior ao de homens. Esse dado corrobora com o último censo do IBGE (2010) que apontar que as mulheres representam

51,5% da população brasileira.

Relativo ao chefe da família, 90% dos pesquisados se denominam chefes da família assumindo monetariamente os recursos da família com o BPC. Sendo referência no domicílio e exercendo poder dentro da família sobre os demais descendentes e até modelo ou referência para os membros. Posição de poder que reflete na autonomia e na obediência dos filhos e dos netos.

No que se refere à idade a maioria eram pessoas idosas, atendendo aos critérios de acesso ao benefício. No que tange aos membros da família, observamos que a incidência maior são de pessoas idosas com mais de 66 anos de idade e jovens adultos na faixa etária de 26 até 55 anos. A presença marcante de idosos justificada pelo fato de ser o benefício voltado para este público.

Desse modo, O BPC contribui na elevação da autoestima na posição de chefe, pois eleva a valorização dos beneficiários no seio da família (SANTANA; LIMA,2012). Segundo a PNAD 2008, os idosos são pessoas de referência na família e tem presença significativa e papel importante na sociedade.

Com relação à escolaridade tanto dos beneficiários quanto dos membros da família os dados apontam que a maioria das pessoas eram alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto e poucas cursaram ou cursam o ensino médio completo e nenhuma das pessoas beneficiários tem o ensino superior. Dados da PNAD afirmam que os idosos brasileiros mantêm com altas taxas de analfabetismo funcional (menos de quatro anos de estudo), 51,7%.e não sabiam ler e escrever, 32,2%.

Os dados relativos ao mercado de trabalho apontam que os beneficiários estão fora do mercado de trabalho, ou seja, declararam não ter ocupação, o que justifica o fato da maioria ser dependentes dos beneficiários do BPC Idoso. E os dados dos membros da família também indicam a incidência de pessoas desempregadas. Com relação a composição familiar foi significativo o número de estudante e de pessoas que exercem algum tipo de atividade remunerada com e sem carteira assinada, mas que estão realizando algum trabalho eventual e outros que são pensionistas e aposentados.

No tocante aos dados referentes às famílias beneficiárias do BPC Deficiente, caracterizamos na tabela 2, a seguir:

Tabela 2 - Distribuição conforme a Quantidade de membros da família, sexo, relação com o chefe, idade, situação ocupacional – BPC Deficiente

	BPC PcD (Respondentes)	BPC PcD (família)
Quantidade de Membros da Família	5% residem sozinhos 72% 2 a 3 moradores 23% 4 a 5 moradores	-
Sexo	Com relação aos respondentes 16 são do sexo feminino e 5 masculinos;	Com relação aos membros da família 206 são do sexo feminino e 176 masculino.
Relação com o chefe da família	38% São os próprios chefes da família enquanto ; 62% depende em alguma medida de outro membro	-
Idade	42% a faixa etária entre 17 a 25 anos	51% compreende a faixa etária entre 17 anos a 25 anos
Escolaridade	45% EF (1º ao 5º) 33% Não Alfabetizado 11% EF (6º ao 9º) 11% Médio Incompleto	42% EF incompleto 28% Não Alfabetizado 13% EM Completo 6% EM incompleto 3% Superior completo 3% Superior Incompleto
Situação Ocupacional	80% Desempregados	77 % Desempregados

Fonte: Secundária, NEPPS (2014). Elaboração própria

No que diz respeito aos residentes no domicílio, 5% dos beneficiários relataram morarem sozinhos, 71% residem com 2 a 3 moradores e 23% com 4 e 5 moradores. Realidade que reafirma os dados referentes ao Brasil, segundo o IBGE (2010) as famílias brasileira tem diminuído, em média 3 (três) são constituídas por pessoas morando na mesma residência (estatisticamente 3,3 pessoas), pois a queda na taxa de fecundidade foi um dos fatores que contribui para esta realidade.

Com relação ao sexo das pessoas, o sexo feminino nas pessoas beneficiárias e na composição da família. Quando a relação do beneficiário com os dados apontam que 38% dos entrevistados afirmou ser o chefe da família enquanto a maior incidência de 62% declarou ser depende de membros da família, em alguma medida. E os dados videnciam que os beneficiário não eram os responsáveis pelo domicílio.

Com relação à idade, identificamos que a maioria das pessoas que responderam à

pesquisa, ou seja, os respondente estão entre faixa etária de 18 a 25 anos. No tocante aos membros da família que residem no mesmo domicílio identificamos que 51% compreendem a faixa etária de 17 a 25 anos.

Como podemos perceber a família beneficiária do BPC/PcD, tem uma composição familiar mais jovem se comparado as famílias do BPC I, fato que pode ser justificado pela idade mínima exigida para acesso ao benefício e para pessoa com deficiência. Outro fator que importante a destacar é que, em sua maioria, os beneficiários residem com seus pais, demonstrando que existem certa dependência dos cuidados das pessoas da família. Mas a maioria dos beneficiários possuíam ensino médio incompleto e completo, enquanto os membros da família em sua maioria são não alfabetizadas e com o ensino fundamental incompleto. Logo os beneficiários estão em patamares mais elevados de escolaridade que os demais membros da família, isto pode ser justificado pelas maiores facilidades de acesso a educação. Como o Programa BPC na Escola que consiste em promover a elevação da qualidade de vida e a dignidade das pessoas com deficiência até 18 anos, beneficiárias do BPC, garantindo acesso e permanência na escola.

Com relação aos demais membros da família observamos que, em sua maioria, possuem nível de escolaridade baixo, esta realidade é muito semelhante a de muitos brasileiros. Como mostra Almeida, Lopes (2011) que o problema da desvalorização dos estudos nas fases iniciais demonstrado pelo baixo nível de escolaridade reflete na baixa qualificação profissional quando adulto que vai dificultar a absorção no mercado de trabalho, contribuindo na reprodução e no aumento da pobreza.

No que se refere aos membros da família os dados apontam a maior incidência foi de pessoas desempregadas e de estudantes, que se explica por haver crianças menores de 4 anos, ou seja que estão ainda fora da escola.

No que se refere a caracterização conforme o acesso, local onde realizou a inscrição, quanto tempo demorou para acessar até quando espera receber o benefício, optamos em analisar paralelamente as famílias beneficiárias do BPC Idoso e BPC Pessoa com deficiência, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1 – Distribuição Geral de como ficou sabendo da inscrição, local da inscrição, quanto tempo para receber e até quando espera receber

Quadro 1 – Distribuição Geral de como ficou sabendo da inscrição, local da inscrição, quanto tempo para receber e até quando espera receber

Como ficou sabendo da inscrição	82% através de parentes, vizinhos e amigos; 18% CRAS, Posto de Saúde (apenas famílias do BPC D)
Local da inscrição	87% Agência do INSS; 10% CRAS, Secretaria de assistência e Escola (apenas famílias do BPC D); 0,3% Não souberam responder
Quanto Tempo para receber	61,5% menos de 6 meses; 25% de 6 meses a 1 ano; 7,6% de 1 a 2 anos; 5,1% mais de 2 anos;
Até quando espera receber	Idoso <ul style="list-style-type: none"> - 89% Pelo resto da Vida; - 11% Até aposentar PCD <ul style="list-style-type: none"> -71,4% Pelo resta da vida -24% até aposentar -4,8% enquanto precisar

Quando abordados sobre como ficaram sabendo da inscrição 82% dos respondentes afirmaram que obtiveram essa informação com vizinhos, amigos e parentes, apenas 18% indicaram que a informação derivou dos CRAS e Postos de saúde. Tal fato faz-nos compreender que os órgãos públicos ainda se configuram como deficitários na divulgação das políticas públicas, visto que a maioria dos beneficiários obtiveram a informação e o acesso através dos amigos e um número bastante reduzido obteve à informação através das unidades públicas.

Com relação as inscrições para receber o benefício 87% realizaram inscrições diretamente nas agências do INSS/ Previdência Social, contra 10% que afirmaram ter se dirigido a outros locais, como os CRAS, a Escola e a Secretaria de Assistência Social do município, é importante ressaltar que esses 10% por se referem apenas aos beneficiários do BPC Pessoa com Deficiência.

No geral as pessoas idosas tem maior informação sobre onde requerer o benefício,

no INSS, mas acabam associando o BPC como uma aposentadoria e não como um benefício assistencial. O fato da associação do BPC a aposentadoria pode ser devido à interface da operacionalização do benefício pelo INSS, instituição de caráter previdenciário, confundindo o público beneficiário.

O INSS como órgão responsável pela política previdenciária implica em grandes desafios devido a diferença no entendimento em relação aos benefícios previdenciários e aos assistenciais, tanto pelos/as servidores/as do INSS como pelo cidadão comum, pois o atendimento aos beneficiários tanto da previdência quanto da assistência social é realizado no mesmo espaço físico. Sobre isso Sposati discorre que,

Por incapacidade de gestão da assistência social o BPC foi mantido sob a gestão securitária, que é contributiva. O processo de gestão submete, assim, o acesso a um direito de cidadania à uma burocracia treinada para funcionar sob a lógica do direito trabalhista. Isto facilita que seja considerado como não – direito, e sim a concessão de um amparo de ajuda. (SPOSATI, 2004, p.133).

O fato das inscrições serem feitas no próprio INSS demonstra a atuação frágil dos serviços públicos, sobretudo daqueles ofertados pela Política de Assistência Social, pois a articulação do BPC com as demais políticas é ainda incipiente, tendo em vista que estamos tratando de dois segmentos que configuram um público prioritário para atendimento nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos ofertados pelos Centro de Referência da Assistência Social.

Quando nos referimos ao tempo que esperou para acessar o benefício, identificamos que 61% demorou menos de 6 meses, 25% de seis meses a um 1 ano, 7,6% de 1 a 2 anos, 5,1% mais de 2 anos esses dados demonstram que o recebimento é inconstante e não tem um tempo mínimo e nem máximo para recebimento e é grande demora de concessão do benefício.

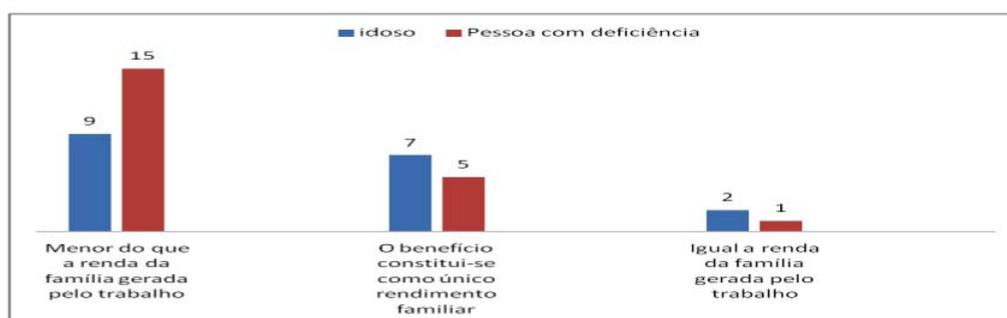
A incansável burocracia para requerer o benefício vai desde o agendamento prévio por telefone ou pessoalmente, do atendimento no caso da pessoa idosa, do agendamento para a perícia médica para pessoa com deficiência, do preenchimento dos instrumentais para comprovação de renda familiar, até a resposta do deferimento ou indeferimento enviado através de correspondência. Pois o período de menos de 6 (seis) meses para obter a concessão ou não do benefício pode ser um tempo relativamente curto. Pois há pessoas que esperam até pelo menos dois anos para acessá-lo, Sendo inconcebível que um benefício que é um direito de cidadania, as pessoas esperem tanto tempo para receber.

Julgamos relevante conhecer a importância deste para as famílias que conseguiram acessá-lo, analisando os dados concernentes a importância do BPC para os beneficiários e as suas famílias.

Muito embora o BPC tenha um caráter individual, causa rebatimentos para a família, uma vez que a provisão de um salário mínimo mensal possibilita melhorias na qualidade de vida tanto dos beneficiários quanto de sua família.

Daí a necessidade de avaliar a importância do BPC para seus beneficiários e suas famílias, portanto, salientamos a importância de saber se o benefício de transferência de renda é o único rendimento da família.

Gráfico 1- O Benefício recebido no programa de transferência de renda é:



Fonte: Secundária, NEPPS (2014)

Diante o que nos apresenta os dados acima observamos que no tocante a famílias beneficiárias do BPC Idoso, 9 (nove) famílias afirmaram que o valor do BPC é menor do que a renda familiar gerada pelo trabalho, enquanto 7 (sete) relatou que o benefício se constitui como único rendimento familiar e apenas 2 (duas) declararam que é igual a renda gerada pelo trabalho.

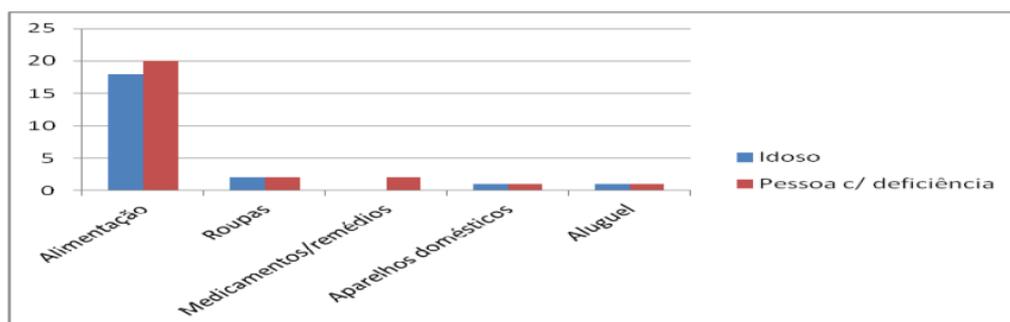
Ao observamos as famílias beneficiárias do BPC PcD vimos que a maioria delas, 15 (quinze) famílias afirmaram que o valor do benefício menor do que a renda familiar gerada pelo trabalho, 5 (cinco) famílias disseram que o BPC se constitui como único rendimento familiar e apenas 1 (uma) relatou que é igual a renda gerada pelo trabalho.

Portanto o BPC acaba sendo uma provisão que não é utilizada única e exclusivamente pelos seus beneficiários, ao contrário é compartilhada por todos os membros da família, tal benefício funciona como um relevante auxílio à renda familiar.

Ambos os segmentos afirmaram que o valor do BPC é menor do que a renda gerada pelo trabalho, isso nos leva a crer que os membros das famílias exercem outras atividades remuneradas, no entanto constatamos um número bastante relevante de pessoas desempregadas, conforme demonstra os gráficos 7 e 13 que tratam da situação ocupacional dos membros das famílias.

Considerando a importância do benefício para as famílias avaliamos que é importante questionar sobre o que compram com a provisão deste benefício. Ambas as famílias afirmaram que investem basicamente com alimentação, seguida de vestuário, medicamentos/remédios, aparelhos domésticos e pagamento de aluguel. Conforme aponta o gráfico 19.

Gráfico 2 - O QUE COMPRAM



Fonte: Secundária, NEPPS (2014)

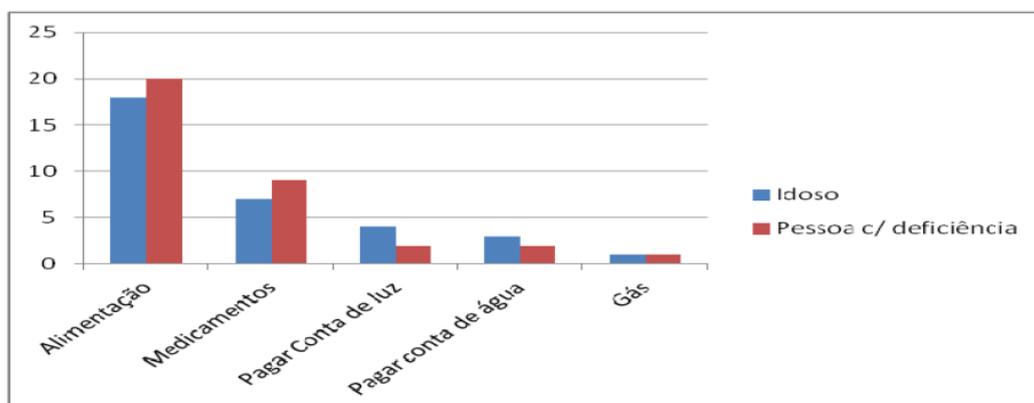
Quando abordados sobre a certeza que o dinheiro do benefício traz, o gráfico 21, mostra que mais uma vez o item alimentação teve maior incidência, seguida de medicamentos, e ainda alguns gastos de âmbito domiciliar como contas de água, luz, compra de gás de cozinha. É importante atentar que essas despesas são liquidadas principalmente com o dinheiro do BPC.

O repasse deste benefício tem como objetivo principal suprir com as necessidades básicas do indivíduo, todavia manter-se única e exclusivamente com este benefício não é uma tarefa fácil tendo em vista que para prover a manutenção de uma família, que na sua maioria contém no mínimo três pessoas, necessita bem mais que um salário mínimo, uma vez que os beneficiários contemplados com este benefício possuem demandas diversas.

Daí a necessidade de articular o BPC com outras políticas sociais voltadas para a pessoa idosa e para a pessoa com deficiência, garantido um atendimento de forma integral.

Podemos perceber que os gastos são de diversas ordens e que de fato o dinheiro proveniente do benefício é utilizado para subsistência dos beneficiários e suas famílias. Também podemos afirmar que o mesmo contribui para qualidade de vida, tendo em vista que para os beneficiários o benefício se constitui uma renda certa e constante que os mesmo podem considerar uma segurança imediata.

Gráfico 3- Dinheiro do Benefício lhe dá Certeza para gastar Com o que



Fonte: Secundária, NEPPS(2014)

Ainda nessa perspectiva julgamos importante destacar a questão da falta e do que deseja, percebemos que por se tratar de famílias de segmentos distintos, as afirmações vão para além de uma alimentação melhor e da comprar medicamentos que seria, conforme os entrevistados, a prioridade, se considerarmos os gráficos anteriores.

Tabela 3 - O QUE FALTA?/ O QUE A FAMÍLIA DESEJA?

	PÚBLICO	
	Idoso	Pessoa c/ deficiência
Transporte/ um automóvel/ moto/ caminhão/ carroça	1	6
Comprar remédios/ medicação/ fraldas	2	4
Emprego/ carteira assinada/ emprego para os filhos	2	4
Acesso à saúde/ tratamento de saúde/ tratamento dos filhos	2	4
Reformar minha casa/ material de construção	4	2
Não falta nada/ não tem/ estou satisfeita	5	0
Casa própria/ comprar uma casa/ uma casa maior/ mudar de casa	0	5
Lazer/ viagem/ passeio	1	3
Alimentação melhor/ alimentação/ queijo/ cesta básica	1	2
Vestuário/ roupas/ sapatos	2	1
Sítio/ chácara	2	0
Viagem com a família/ viajar	2	0
Falta tudo/ falta de tudo um pouco	0	1
Pagar dívida / pagar contas	1	0
Interesse do filho pelos estudos/ terminar estudos	1	0
Uma casa melhor/ uma casa nova/ uma casa maior/	0	1
Proporcionar uma vida melhor para meus filhos com lazer/ con	0	1
Pagamento de um plano de saúde/ para tratamento de saúde	0	1
Eletrodomésticos	1	0
BASE:	18	21

Fonte: Secundária, NEPPS(2014)

Quando abordados sobre o assunto os problemas e as faltas, as famílias do BPC Idoso, em sua maioria, afirmaram que não falta nada, que estão satisfeitos com o que o benefício possibilitou durante a vida. Observamos que também houve aqueles que desejam algo mais, como reformar a casa, ter acesso a saúde, comprar vestuário, viajar, lazer. No caso das famílias do BPC PcD, observamos que, em sua maioria, desejam ter um transporte, comprar uma casa melhor e maior, uma demanda mais urgente, talvez pela própria condição de deficiência.

Podemos afirmar, portanto que cada contexto socioeconômico, cultural e familiar de cada família vai determinar os meios pelos quais os beneficiários encontram as diferentes possibilidades de encarar a vida e a luta pela sobrevivência. Em alguns casos observamos que são questões concretas como “[...] um transporte, um automóvel”, “uma reforma da casa” e em outros casos são desejos subjetivos como “mudar de casa”, que reflete um desejo de mudança, um futuro melhor, mais confortável. Mas é interessante notar que muitos os desejos vão para além dos bens materiais.

CONCLUSÕES

Embora o BPC Idoso e o BPC PcD se trate de dois segmentos distintos, apresentaram características bastante similares, as famílias beneficiárias de transferência de renda são em sua maioria de baixa renda e possui baixo grau de escolaridade e conseqüentemente não estão inseridos no mercado de trabalho formal.

E estas das famílias beneficiárias, com esse perfil, não estão acessando as informações relevantes aos benefícios particularmente o local das inscrições para o BPC, o tempo espera para receber o BPC e dos serviços ofertados pelo CRAS.

Pois, a maioria das famílias beneficiárias do Município de Patos/PB ficou sabendo da inscrição através de parentes, amigos e colegas, além de terem realizado a inscrição diretamente na agência do INSS, esperando em média menos de seis meses para receber o benefício e a maioria das famílias afirmou não conhecer e nem utilizar dos serviços do CRAS.

Evidenciamos problemas na divulgação destes benefícios que podem comprometer a cobertura dos beneficiários, deixando fora muitos idosos e pessoas com deficiência com perfis de elegibilidade para requerer o BPC. Vimos que apesar da burocracia e dos rigorosos critérios para acesso ao BPC o tempo de espera é relativamente pequeno.

E o fato dos beneficiários acessarem diretamente no INSS e afirmarem não conhecerem o CRAS evidenciou uma atuação muito frágil dos serviços públicos, sobretudo daqueles

ofertados pela Política de Assistência Social. Mostrando que a articulação do BPC com as demais políticas está bastante incipiente tendo em vista que estamos tratando de dois segmentos que configuram público prioritário para atendimento nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos ofertados pelo Centro de Referência da Assistência Social.

A articulação da rede socioassistencial precisa estabelecer uma conexão de fluxos entre os CRAS e os responsáveis pelo Programa Bolsa Família no município, bem como com as agências do INSS, para garantia de acesso ao BPC. Para, assim, integrar a gestão para permitir o acesso aos beneficiários de transferência de renda e aos serviços socioassistenciais locais, priorizando as famílias mais vulneráveis³. (MDS, 2012).

No que diz respeito às implicações deste benefício para a vida de seus beneficiários, foram trabalhadas questões sobre valor monetário do benefício, sobre consumo e as carências. E quando as famílias afirmaram que o valor do benefício é menor do que a renda gerada pelo trabalho significa que as famílias não vivem exclusivamente do destes rendimentos, mas que necessitam completar a renda da família com outras atividades remuneradas, através do trabalho formal ou informal. Mas que os BPCs asseguram gastos mínimos com alimentação, com medicamentos, apenas satisfazendo minimamente as necessidades mais básicas dos seus beneficiários. E tem grande papel na segurança da família por satisfazer minimamente as necessidades corpóreas, dinheiro do BPC satisfaz as necessidades naturais. E que o BPC não é utilizado única e exclusivamente pelos seus beneficiários, ao contrário é compartilhada por todos os membros da família e constitui relevante auxílio à renda familiar. Embora não atende necessidades básicas como casa, saúde, vestuário, viagem, lazer, transporte e outras necessidades fundamentais aos portadores de necessidades especiais, como os idosos e os portadores de deficiências.

Assim, apesar de todos os limites que permeiam o benefício de prestação continuada, concluímos que ele consiste num benefício fundamental para as famílias beneficiárias, tendo em vista que ele permite ganho na autonomia, uma vez que os beneficiários podem administra-los do jeito que desejar.

3. De acordo com as orientações técnicas do CRAS os mais vulneráveis são aqueles que estão em descumprimento de condicionalidade do PBF e os beneficiários do BPC.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, Myriam veras. Algumas reflexões sobre o sistema de garantia de direitos. In Revista Serviço Social e Sociedade, n. 109, São Paulo: Cortez, 2012.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política Social: fundamentos e história. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca básica do Serviço Social vol. 2).
- BILONDO, Kátia Vália Barcellos de Andrade. Da cesta a Renda :Um estudo do significado do BPC. Dissertação mestrado
- BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social na America Latina. In:Política Social no Capitalismo: Tendências contemporâneas. São Paulo, Cortez, 2008, p. 174 a 195.
- BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES,Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1> acesso em 29/03/2014
- CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social* - uma crônica do salário. Tradução: Iraci D. Poleti. *Coleção Zero à Esquerda*. Petrópolis: Vozes, 2000
- CIGNOLI, Alberto. Estado e Força de Trabalho: Introdução à Política Social no Brasil. São Paulo, Brasilienses, 1985.
- CONSERVA, Marinalva; Ramalho, Waleska (orgs). Relatório Parcial da pesquisa Proteção Social da Família. UFPB, julho, 2014
- FONSECA, Ana Maria Medeiros da. Família e política de renda mínima. São Paulo: Cortez, 2001.
- Fundação Ernani satyro. Disponível em < <http://www.funes.pb.gov.br/>> acesso em 14/02/2015
- GIAQUETO, *Adriana*; A Descentralização e a Intersetorialidade na Política de Assistência Social. *Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas*, v. IX, n. 10, Dez. 2010.
- GOMES, Ana Lígia. Assistência Social e Benefício de Prestação Continuada (em tempos de revisão) – um direito garantido?. *Revista Katálysis*, [S.l.], n. 4, p. 93-100, jan. 1999. ISSN 1982-0259. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6260/5834>>. Acesso em: 14 Fev. 2015.
- GOMES, Claudia M. Costa. Em busca do Consenso: Radicalidade democrática e afirmação de Direitos. *Tendências Contemporâneas no Serviço Social*. Rio de Janeiro, LumenJuris, 2013

IParaíba. Disponível em < <http://www.iparaiba.com.br/aparaiba/patos.php>> acesso em 14/02/2015

JESUS, Fernanda Ferreira de, SILVA Marina da Cruz, BOAVENTURA. Vanessa Cunha. Políticas públicas e programas de transferência de renda: o impacto do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa Bolsa Família (PBF) na vida dos idosos residentes nas cidades de Cachoeira e São Félix-Ba /, - Cruz das Almas/BA : UFRB, 2012.120 p.

LAURELL, Asa Cristina (Org); *Et al.* Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Estado e políticas sociais no neoliberalismo. Tradução de Rodrigo Leon Contrera. São Paulo: Cortez, 1995

LIMA, Gilberto Barros. A abrangência histórica da revolução industrial e seus desdobramentos sociais, econômicos e ambientais: Uma análise contemporânea. Rio de Janeiro: Revista Eletrônica Boletim do TEMPO, Ano 4, Nº31, Rio, 2009 [ISSN 1981-3384]

MACIEL, Carlos Alberto Batist.: Benefício de Prestação Continuada: as armadilhas. Letras à Margem, 2008, Presidente Venceslau, São Paulo, 2008

MASSON, Gabriela Abrahão. Um estudo do Benefício de Prestação Continuada no município de Altinópolis/SP: o impacto na vida de seus beneficiários. 2011. 174 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2011.

MAURIELL, Ana Paula. Pobreza, seguridade e assistência social: desafios da política social brasileira. In Desenvolvimento e Construção hegemônica (org) Ana Elizabete Mota. Cortez, São Paulo, 2012, p. 179- 195

MESQUITA, Adriana de Andrade; FREITAS, Rita de Cássia dos Santos. Programas de transferência de renda e centralização nas famílias: prioridades do sistema de proteção social não contributivo brasileiro em questão. O Social em Questão - Ano XVII - nº 30 - 2013

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.1.* ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 23ª Ed. Petropolis, RJ. Vozes, 2004

MOTA, A. E. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências Recentes. In: _____. *et al.* (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez, 2007. p. 01-10

MOTA, Ana Elizabete. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social nos anos 80 e 90. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n.111, p. 413-429, 2012.

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS :Centro de Referência da Assistência Social – CRAS/ Ministério de Desenvolvimento Social e Combate A Fome . 1ª Ed. Brasília, 2009

PASTORINI , *Alejandra*, GALIZIA,*Silvina*. A Redefinição Do Padrão De Proteção Social Brasileiro. Revista Praia Vermelha, n 14 e 15, UFRJ, p.72 a 103, 2006

PASTORINI, Alejandra. A categoria questão social em debate. São Paulo: Cortez, 2004

PASTORINI, Alejandra. Enfrentamento da Pobreza e Assistencialização da Proteção Social no Brasil. Disponível em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/AlejandraPastorini.pdf, acesso em 19/08/2013

PATOS Online. Disponível em < <http://www.patosonline.com/post.php?codigo=39078> >acesso em 14/02/2015

PEREIRA, Potyara A. P. Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PIANA, MC. As políticas sociais no contexto brasileiro:natureza e desenvolvimento *IN A construção do perfil do assistente social no cenário educacional* [online]. São Paulo:Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-0389. Available-fromSciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Prefeitura Municipal de Patos. Disponível em < <http://www.patos.pb.gov.br/noticias/acao-social-a4974.html>. > Acesso em 14/02/2015

SALVADOR, Evilásio. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda., 1979.

SENNA, Mônica de Castro Maia; MONNERAT, Giselle Lavinias. O setor saúde e os desafios à construção da seguridade social brasileira. IN: BEHRING, Elaine Rossetti; ALMEIDA, Maria Helena Tenório de. (orgs). Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008, p 193-213.

SILVA, A.B.A. ; IVO, Anete.B.L. . Programas de Transferência de Renda no Brasil: O Benefício de Prestação Continuada A Universalidade da Assistência. In: III Seminário Políticas Sociais e Cidadania (Internacional), 2010, Salvador. III Seminário Políticas Sociais e Cidadania, 2010.

SILVA, Alessandra Buarque A. ; IVO, Anete B. L. . O Hiato do Direito Dentro do Direito: os excluídos do BPC. Revista Katálysis (Impresso), v. 14, p. 32-40, 2011.

SILVA, Maria Lucia Lopes. Previdência Social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Francisco Paulino da Junior. Políticas Públicas e a Construção do Sistema De Proteção Social No Brasil: Uma Análise Do Benefício De Prestação Continuada. 2011. 149 f Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas). Universidade Federal Da Paraíba, João Pessoa, 2011

SPOSATI, Aldaíza; ALEGRE, Silvia Elena; GALLO, Marcelo. Estudo Regionalizado da Capacidade Protetiva de famílias que recebem benefícios de Transferência de renda no Estado da Paraíba. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social .Fevereiro, 2014

SPOSATI, Aldaíza .Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social In: SPOSATI, Aldaíza (Org). Proteção social e cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004

SPOSATI, Aldaíza. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 (Texto para Discussão, 436).

_____.Proteção Social de cidadania: Inclusão de Idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 3ª Ed. São Paulo/; Cortez,2011

TEIXEIRA, Maria Solange. Família na Política de Assistência Social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. *Revista Política Públicas*, São Luiz, 2009, v.13, n.2, p.255-264, jul./dez. 2009.

TEIXEIRA, Maria Solange. Trabalho social com famílias na Política de Assistência Social: elementos para sua reconstrução em bases críticas. *Serviço Social em revista*, Londrina, v.13, n.1, p. 04-23, jul./dez/2010.

VAZ, Rodrigo Isaias. Acessibilidade Restrita à Proteção Social não contributiva: um estudo sobre a invisibilidade da demanda pelo benefício de prestação continuada. São Paulo, 2014. Dissertação de Mestrado. 114 fls

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. A nova política social no Brasil: uma prática acima de qualquer suspeita teórica? *Praia Vermelha: estudos de política e teoria social*, Rio de Janeiro, n. 18, p.120-144, jan./jun. 2008.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. Welfare State e neocorporativismo: interfaces teóricas de uma concepção europeia de bem-estar. In *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas*. 2ª Ed. UCAM, 2000. 17p

YASBEK, Maria Carmelita. *A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. São Paulo: Cortez, 2012 (6ª ed.).

YAZBEK, Maria Carmelita, *IN* Sistema de Proteção Social Brasileiro: Modelo, Dilemas e Desafios disponível [http://Www.Mds.Gov.Br/Saladeimprensa/Eventos/Assistencia-Social/Seminario-Internacionabpc/Sobreevento/Apresentacoes/Arquivos/Maria%20Carmeli-](http://Www.Mds.Gov.Br/Saladeimprensa/Eventos/Assistencia-Social/Seminario-Internacionabpc/Sobreevento/Apresentacoes/Arquivos/Maria%20Carmeli)

ta%20Yazbek%20%20Protecao%20Social.Pdf ACESSADO EM 31/03/2015

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto, FROTA, Mainara Mizzi Rocha. O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda disponível em: <http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/mainaramizziOBrasileasexperienciasinternacionais-deProgramas.pdf>, acesso em 07/01/2014.

ZIMMERMANN, Clóvis Roberto; SILVA, Marina da Cruz. O Programa Bolsa Família em comparação com a experiência da Alemanha. Revista Espaço Acadêmico, nº 84, dezembro/ 2009.

Proteção Social à pessoa idosa no Brasil: desafios da Agenda Social do Brasil contemporâneo

Gabrielle Tayanne Andrade Vasconcelos¹

RESUMO

O presente texto base auxiliará as discussões acerca do processo de construção das políticas sociais para os idosos no Brasil. Apresentamos os debates em torno dos diversos conceitos de “envelhecimento”, “velho” e “velhice”, analisaremos o processo de incorporação da temática do envelhecimento nas agendas das políticas públicas. O número de idosos vem crescendo significativamente e com isso o sistema de proteção social é cada vez mais acionado e são pequenos os investimentos do poder público nesta área.

PALAVRAS - CHAVE: Velhice, Envelhecimento, Proteção Social.

ABSTRACT

This basic text will help the discussions about the process of building social policies for the elderly in Brazil. We present the debates about the various concepts of “aging”, “old” and “old age”, we will analyze the process of incorporating aging in the public policy agendas. The number of elderly people has been increasing significantly and with this the social protection system is increasingly triggered and the investments of the public power in this area are small.

KEYWORDS: old age, aging and social protection

1. Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba (2012-2014) na linha de pesquisa Política Social, com pesquisa intitulada “O envelhecimento como questão social: um estudo da política do idoso na Paraíba (2011-2014)”. Atualmente é Gerente Operacional da Proteção Social Especial da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH).

1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

O envelhecimento passivo, segundo os autores, pode ser visto tanto biológica quanto socialmente e está centrado na falta ou na perda de adaptação ou capacidade. O envelhecimento biológico foi pontuado como perda de capacidade de adaptação por Leme e Silva (2002) para quem “[...] a velhice carrega consigo uma queda geral da capacidade de adaptação”, seja pela incapacidade de aceitar ou administrar situações de mudanças ou catástrofes, como de mudanças de ambiente. Assim, além de se olhar para a improdutividade, olha-se a velhice pelo ângulo da incapacidade ou inadaptação.

Do ponto de vista social, Sluzki considera a velhice uma desconstrução da rede social e do interesse em refazê-la:

[...] à medida que se envelhece, a rede pessoal social sofre mais perdas ao mesmo tempo em que as oportunidades de substituição para estas perdas se reduzem drasticamente. Além disso, os esforços que é preciso despender para manter uma conduta social ativa são maiores, a dificuldade para se mobilizar e para se mover é maior, e a acuidade sensorial é reduzida, o que diminui as habilidades e, em longo prazo, o interesse em expandir a rede [...] Com o desaparecimento de vínculos com pessoas da mesma geração, desaparece boa parte dos apoios da história pessoal [...] Parte da experiência de depressão que parece se instalar em muitos velhos de maneira opressiva emana da solidão e da consequente perda de papéis (SLUZKI, 1997, p. 117-118).

Neste sentido, a velhice traria uma tríplice perda: a do trabalho, a da saúde e a da rede social, devendo-se tratá-la como gestão das perdas, com compensações para uma pequena renda, um consolo para a falta de renda, medicamentos ou abrigo.

Em contraposição ao conceito de velhice como gestão de perdas, propomos que a velhice seja vista como uma relação biopsicossocial, que envolve as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo do tempo de vida, num entrecruzamento de trabalho/não trabalho; reprodução/infertilidade; normas e papéis de utilidade/inutilidade, defasagem/sabedoria, de isolamento/integração, perdas e ganhos, e de condições de exercício da autonomia/dependência, e de projetos pessoais.

Assim, a velhice não é uma categoria homogênea para todos e nenhum processo de via única, situando-se nas transições contraditórias das mudanças demográfica, social, cultural e epidemiológica de cada povo.

Não é fácil distinguir o conceito de “envelhecimento”, “velho” e “velhice”, resultando assim em uma confusão, pois abre espaços para várias interpretações, muitas vezes errôneas

e inadequadas. Nesta perspectiva, Sales (2003, p. 25) assevera que a velhice é mais do que uma palavra e não há um consenso sobre o conceito da mesma, porque “as divisões cronológicas da vida humana são conceitos construídos historicamente e que se inserem na dinâmica dos valores e da cultura de cada sociedade”.

A autora supracitada afirma ainda que associar o conceito de velho apenas aos conceitos cronológicos faz esquecer que vários indivíduos mantêm uma jovialidade interna. Há várias causas que acabam influenciando o conceito de ser velho, entre elas: o humor; a saúde; a família e os fatores sociais. Algumas determinações contribuem para os indivíduos envelhecerem precocemente, como por exemplo, a pobreza, a falta de saúde, as péssimas condições de trabalho, entre outros itens.

Assim, as situações socioeconômicas, as posições nas classes sociais, os fatores psicológicos, culturais, biológicos, influenciam a maneira de como os indivíduos envelhecem. De acordo com Teixeira,

mesmo com a incidência maior de doenças nessa faixa etária, estas, em grande parte, se devem à trajetória, aos hábitos e às condições de vida e trabalho do indivíduo, às oportunidades (saúde, educação, trabalho, dentre outras) que desfrutaram nos outros momentos do ciclo da vida (2008, p. 77).

Beauvoir (1970, p. 34) afirma que a sociedade é quem designa ao velho o seu lugar e o seu papel. “[...] o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence”. A autora reconhece que as diferenças no modo de viver a velhice têm diversas causas já citadas anteriormente, mas a determinante é a situação de classe em que está submetida à pessoa idosa.

A questão da velhice representa duas realidades diferentes: na primeira, a velhice é abordada como uma fase da vida distinguida pelo declínio físico e omissão de papéis sociais.

Sales alerta para o fato de que o processo de envelhecimento é algo gradativo e que varia de pessoa para pessoa, “em geral, é muito pessoal e cada indivíduo envelhecendo pode apresentar involuções em diferentes níveis e em diversos graus, no sentido de que certas funções e dificuldades declinam mais rapidamente do que outras” (2003, p. 27).

Em síntese, é importante destacar que há uma variedade de velho e de velhices. Com isso, é preciso eliminar a ideia de padronização entre os idosos, pois os homens vivem e se reproduzem de maneira diferente e há múltiplas revelações dentro de um mesmo desenvolvimento social.

2 PROTEÇÃO SOCIAL À PESSOA IDOSA NO BRASIL

No século XX o envelhecimento da população passa a ser reconhecido como um dos grandes desafios para as políticas públicas. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional incidiu em um “cenário socioeconômico favorável”, com isso houve uma ampliação do sistema proteção social, já nos países em desenvolvimento o rápido processo de envelhecimento está acontecendo em um momento de crise fiscal, dificultando o desenvolvimento do sistema de proteção social para os diversos grupos etários, particularmente os idosos (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Segundo Camarano e Pasinato (2004, p. 253-4), os programas sociais direcionados as pessoas idosas nos países desenvolvidos datam a década de 1970, agora no Brasil as políticas públicas voltadas a essa parcela da população “soma-se a uma ampla lista de questões sociais não resolvidas, tais como a pobreza e a exclusão de crescentes contingentes da população, e aos elevados níveis de desigualdade vigentes nessas sociedades”.

São vários os avanços advindos da Seguridade Social como consequência da implementação das medidas determinadas pela Constituição de 1988, que acarretaram na desmembração entre envelhecimento e pobreza. Porém, há algumas incoerências no que tange esta legislação, a exemplo da divergência entre as alterações na idade à aposentadoria; a possibilidade de retorno do aposentado para o mercado de trabalho sem nenhuma exceção, o que é consentido pela referida legislação; as diversidades na lei, quanto à aposentadoria para homens e mulheres, entre outras contradições.

3 O ENVELHECIMENTO NA AGENDA PÚBLICA BRASILEIRA A PARTIR DOS ANOS 1990

Nos anos de 1990 inúmeras legislações em defesa dos direitos dos idosos foram consentidas. Foram aprovados, em 1991, os Planos de Custeio e de Benefícios da Previdência Social merecem destaque algumas alterações colocadas por esses novos planos: as normas para manter o valor real dos benefícios; a igualdade dos riscos garantidos pela previdência; constituíram-se valores mínimos e máximos para os beneficiários da zona urbana e rural; estabeleceu-se pensão ao homem, se por acaso a esposa morresse e fosse segurada; introduziu-se a aposentadoria para as mulheres por tempo de serviço proporcional; houve uma redução da idade para conceder a aposentadoria por idade ao trabalhador rural de 65 anos para 60 anos e as mulheres que trabalhavam nas zonas rurais passaram a receber a aposentadoria por idade a partir dos 55 anos (CAMARANO e PASINATO, 2004).

Em dezembro de 1993 foi aprovada a Lei 8.742 que trata da Lei Orgânica da Assis-

tência – LOAS, institui em seu artigo segundo

A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (inciso I) e “a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”(inciso VI).

Para que o Benefício de Prestação Continuada seja concedido é preciso que, os idosos possuam 65 anos e pertençam a família com renda mensal per capita inferior a 1/4 do salário mínimo (§ 3º do artigo 20). A família deve comprovar ser incapaz de manter o idoso.

Em 4 de janeiro de 1994, foi assinada a Lei nº 8.842 dispondo sobre a Política Nacional do Idoso – PNI. Esta última foi reivindicada e organizada pela sociedade e teve como principal agente articulador a Associação Nacional de Gerontologia – ANG e também participaram dos debates idosos, aposentados, professores, profissionais da área de geriatria e da gerontologia, estudantes das universidades.

A Política Nacional do Idoso, quando foi implantada, conseguiu articular e agregar alguns ministérios setoriais, entre eles, o Ministério da Previdência Social, da Assistência Social e Combate a Fome, da Educação, da Justiça, da Saúde, do Esporte entre outros, na preparação de um Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso. A Secretaria de Assistência Social ficou incumbida de coordenar o Plano de Ação Governamental e a PNI (Idem).

Segundo FockinkRitt e Eduardo Ritt (2007), a PNI é uma ferramenta básica, já que possui aspectos importantes. O seu artigo terceiro define que, os princípios constitucionais que garantem a cidadania, a participação dos idosos na comunidade, resguarda a sua dignidade, o bem-estar e o direito à vida. Os artigos quinto e sexto estabelecem a formulação de Conselhos do Idoso na União, nos Estados, nos municípios e no Distrito Federal, e objetiva formular, coordenar, supervisionar e avaliar a Política Nacional do Idoso. Os Conselhos exprimem uma forma de participar e controlar democraticamente as ações do governo.

Em conjunto com a Política Nacional do Idoso foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI. Contudo, ele somente veio a ser instituído de fato em 2002 por meio de um Decreto nº 4.227/2002 (revogado pelo Decreto 5.109 de 2004) do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso. A promulgação do Estatuto do Idoso, em 1º de outubro de 2003 (Lei 10.741/2003), contribuiu para incentivar a atuação do CNDI.

A coordenação da PNI originou-se atrelada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, porém com o desmembramento daquele Ministério em dois, um da Previdência Social e o outro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome transferiu a coordenação

da política do idoso para este último. Em 2009, a Política Nacional do Idoso passou a ser coordenada pelo Ministério da Justiça, em conjunto com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR, o que significou uma maior visibilidade a Política e ao segmento idoso.

Diante deste cenário, Karla Giacomini faz uma alerta,

Este percurso histórico reflete a dificuldade de implantação da PNI e repercute negativamente na visibilidade e eficiência do próprio Conselho Nacional. Vários gestores já se seguiram, mas a implantação da PNI e do Estatuto do Idoso ainda é precária e, a cada mudança, o CNDI tem tido seu funcionamento prejudicado, por períodos de descontinuidade da gestão federal da Política Nacional do Idoso, à revelia das manifestações contrárias do Conselho (2013, p. 176).

A autora ainda acrescenta que o crescimento exacerbado do número de idosos extrapola a Política Nacional do Idoso e requer a elaboração de políticas públicas para todas as idades, gênero e condição social. O processo de envelhecimento da população faz com que as famílias e a sociedade como um todo procurem soluções que são tanto legais como éticas que envolvem o âmbito familiar e também políticas diversas, a exemplo das de Seguridade Social, emprego e renda, mobilidade urbana, dentre outras.

4 ESTATUTO DO IDOSO: AVANÇOS E DESAFIOS

Até o início dos anos de 1990, as leis referentes às pessoas idosas eram fragmentadas em ordenamentos jurídicos setoriais ou em ferramentas de gestão política. Depois de tramitar sete anos pelo Congresso Nacional, foi aprovado o Estatuto do Idoso em 2003 (Lei nº 10.741/2003), que entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004 e busca como principal finalidade regulamentar os direitos das pessoas idosas em diversos campos e dimensões.

Em termos de estrutura o Estatuto é composto por 118 artigos versando sobre várias áreas, dos direitos fundamentais às necessidades de proteção dos idosos, tendo em vista o reforço da PNI. Segundo Néri (2005), o Estatuto do Idoso garante e expande os direitos dos idosos e é mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, pois estabelece penas severas para quem desobedecer ou desamparar os idosos.

No artigo primeiro do Estatuto do Idoso determina que o cidadão que possuir idade superior ou igual a 60 anos é considerado uma pessoa idosa. Segundo Frange (2004), o processo de envelhecimento é considerado heterogêneo e definir critérios específicos que denomine quem são idosos se torna algo complexo. Todavia, juridicamente é preciso deli-

mitar a idade que indique este segmento populacional.

O artigo segundo do Estatuto afirma que os idosos possuem todos os direitos inerentes a pessoa humana. Este reafirma o artigo quinto da Constituição Federal, que trata, de maneira geral, sobre direitos e garantias fundamentais de todos os cidadãos brasileiros. Os direitos primordiais instituídos no Estatuto são: direito à vida, à proteção, à saúde, ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à educação, à cultura, ao lazer, à moradia e ao voto. Embora o Estatuto declare que o seu público são pessoas que vivem a última fase da vida, ele não assegura o direito a uma morte digna.

O grande progresso do Estatuto do Idoso está em estipular crimes e sanções administrativas para a não execução dos ditames legais. O Ministério Público tem uma formidável função na defesa dos direitos dos idosos, ele deverá aplicar ações com o intuito de impedir que as pessoas idosas tenham seus direitos desrespeitados, bem como recolher as acusações dos direitos violados, junto ao Poder Judiciário. Os artigos quarto, quinto e sexto estabelecem que, é dever de todos os cidadãos informar ou denunciar os maus-tratos ou violências contra as pessoas idosas, caso contrário ocorrerá a instauração de crimes e sanções administrativas do não cumprimento dos ditames legais.

Todos os idosos têm o direito “a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (Artigo 20). O artigo 39 do Estatuto do Idoso garante a gratuidade dos transportes públicos urbanos e semiurbanos para os idosos com sessenta e cinco anos.

Nos transportes coletivos interestaduais a garantia de tal direito segue a legislação específica, reservando duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos, e desconto de no mínimo 50% no valor das passagens para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a dois salários mínimos.

Neste sentido, é preciso que entendamos que o Estatuto não estabeleceu fontes de financiamento para os dispositivos constituídos, o que vem ocasionando amplamente o aumento dos transportes públicos, assim como as entradas de cinema, teatro, eventos esportivos. Isso implica que as despesas resultantes desse abatimento dos preços estão sendo repartidas com toda a sociedade, o que pode suscitar conflitos intergeracionais. Isso diverge com o que estabelece o Plano de Madri, que é o de estruturar “uma sociedade para todas as idades”.

No caso da meia-entrada, foi aprovada em 26 de dezembro de 2013 a Lei nº 12.933 que normatiza a redução de 50% para idosos e estudantes em eventos culturais e esportivos consolidando uma cota de, no mínimo, 40% dos ingressos para atender a idosos e estudantes. Esta nova lei busca esclarecer aos promotores quanto deverá ser o total de meias-entradas, com isso permite uma melhor visualização dos lucros a serem alcançados. Essa lei foi instituída visando proporcionar o direito do desconto aos beneficiados e ao mesmo tempo incentivar a redução dos preços no setor.

O parágrafo 3º do Artigo 15 estabelece que o impedimento de cobrar valores diferentes nos Planos de Saúde para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, ou seja, coíbe que os preços dos referidos planos sejam diferenciados pelo fato das pessoas serem idosas. Os administradores dos Planos de Saúde entendem que a não discriminação devido ao fator etário é um elemento que poderá ocasionar o seu encarecimento, uma vez que os aumentos dos gastos resultante do processo de envelhecimento dos segurados passarão a ser divididos com os outros participantes dos planos. O que pode ocorrer é a inviabilização de diversos seguros de saúde, tendo em vista que as despesas com saúde devido à idade geram o crescimento das mensalidades.

Em outras palavras as vantagens que objetivam retribuir as pessoas idosas pela sua condição de pobreza acabam não os favorecendo e fixando custos extras aos demais indivíduos da sociedade. Isto é, acaba sendo uma deliberação que não favorece ninguém, pois a lógica das seguradoras privadas é sempre a extração de lucros.

A visão de “fragilidade física” que foi construída em relação aos idosos é empregada para estabelecer três outros ordenamentos que se encontram instituídos no Estatuto nos Artigos 39, 41 e 42. Tais artigos asseguram a reserva de assentos nos veículos de transporte coletivo e reservas de vagas nos estacionamentos e prioridade do embarque do idoso nos transportes coletivos.

As medidas supracitadas são de suma importância para os indivíduos pobres e com dificuldades de locomoção. Entretanto, não necessariamente todas as pessoas idosas estão nessa situação. A questão é: esses direitos não deveriam ser assegurados por necessidade em vez de idade?

De maneira geral, podemos afirmar que a solidariedade entre os indivíduos encontra-se comprometida visto que não se têm mais a preocupação em auxiliar aqueles com problemas de locomoção e/ou com necessidades semelhantes. A obrigatoriedade de bancos destinados para pessoas idosas não desresponsabiliza os indivíduos em ajudar aqueles que necessitam. Somente os assentos “reservados” são empregados para tal fim.

O Estatuto do Idoso institui no seu artigo 32 que os idosos com idade a partir de sessenta e cinco anos (anteriormente a idade mínima de 67 anos) têm o direito a um benefício quando não tenham como prover meios para a sua subsistência, nem a família tem como arcar com estas despesas, É garantido o benefício mensal de um salário mínimo, de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS.

Alguns economistas do setor público não concordaram com a redução da idade mínima para requerimento do benefício da Assistência Social de 67 anos para 65, pois segundo eles esta medida pode desestimular a contribuição para a Previdência Social, sobretudo entre os trabalhadores na condição de pobreza. No entanto, temos que reconhecer que uma parcela significativa destes trabalhadores (de baixa renda) encontra-se nos setores informais da economia e muitas vezes tais indivíduos não dispõe, mensalmente, de 11% ou 5% de um salário

mínimo para contribuir com o sistema previdenciário como autônomo. Desta forma, o desincentivo máximo para esses indivíduos é gerado pela carência de renda disponível.

Outra questão bastante discutida é em relação ao mesmo artigo 34 que dispõe da não contagem do recebimento do Benefício de Prestação Continuada - BPC por parte de outros idosos, na renda da família para conferir os parâmetros de elegibilidade. De fato esta exclusão é considerada um progresso social, uma conquista em termos de cidadania e dignidade para as pessoas idosas. Temos que destacar que essa exclusão é empregada somente para o BPC e não para os demais benefícios contributivos. Diante deste quadro, podem ocorrer desincentivos à contribuição de possíveis contribuintes, que ao longo da vida ativa tomem conhecimento da essência do BPC e dessa possibilidade.

No artigo 9º do referido Estatuto afirma que é incumbência do Poder Público assegurar aos idosos a proteção à vida e à saúde, por meio da instituição de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições dignas. Tais reivindicações buscam aumentar a cobertura e aperfeiçoar a qualidade das políticas supramencionadas, porém podem ser criados conflitos no interior do próprio Estado, principalmente no SUS, uma vez que se fazem necessários recursos e estes serão certamente retirados de outras áreas.

Consideramos indiscutível a relevância do direito à saúde e à vida, todavia é importante destacar que uma vez estabelecido, pelo Estatuto a ampliação da cobertura aos idosos pode reduzir a oferta e a cobertura a outros grupos. Todos estes fatores referem-se a problemas relacionados ao não estabelecimento de fontes de financiamento. Assim como em outras conjunturas, uma das sequelas não previstas pode ser a origem de conflitos intergeracionais (PAZ E GOLDAMAN, 2006).

O Artigo 16º diz respeito à relevância da família no que tange a recuperação da saúde da pessoa idosa. Tal ação tem por objetivo a preservação dos vínculos familiares. Camarano coloca que

[...] embora o referido artigo refira-se ao direito a acompanhante, os hospitais, em especial os públicos, estão exigindo a presença contínua de um acompanhante. Este passa a ser responsável por tarefas antes exercida por funcionários do hospital, como dar banho e alimentar o idoso. Ou seja, a preocupação do estatuto em “proteger” o idoso e manter os vínculos familiares resulta em mais responsabilidade e sobrecarga sobre os seus familiares (2013, p. 20).

A família é responsabilizada no atendimento ao idoso. O parágrafo único do artigo 3º ressalta que o atendimento destas pessoas deve ser prioritariamente no âmbito familiar, menos aqueles idosos que não tenham ou necessitam de condições para manter-se.

[...] no novo papel atribuído à família está presente uma hipocrisia social. Não apenas porque se desconhecem as diferentes formas de família e unidades domésticas, ou porque não se avalia adequadamente o impacto do envelhecimento populacional na configuração das famílias. A hipocrisia social reside também na visão anacrônica de que a família é “o refúgio num mundo sem coração” e que é desejo dos velhos viverem na casa dos filhos e por eles serem cuidados até o fim da vida. Essa visão impede a emergência de outras formas criativas de dar dignidade às etapas mais avançadas do curso da vida (DEBERT; SIMÕES, 2011, p. 1.571).

Apesar de reconhecer os avanços desenvolvidos pelo Estado no que tange à proteção aos idosos, não podemos negar que a família continuou sendo a fundamental. A família é responsável pelo idoso, podendo, inclusive, ser criminalizada, caso rejeite cuidar do mesmo.

No que se refere à política de atendimento ao idoso deverá ser desenvolvida em conjunto pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Ou seja, por todos os entes da federação.

As entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso terão que apresentar boas condições de funcionamento e afiançar a qualidade do serviço prestado. As entidades de longa permanência, ou casas lares que abrigam os idosos são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com tais pessoas.

É importante destacar que a implantação e implementação de políticas públicas requerem basicamente a destinação de recursos para tal. Vimos anteriormente que ao consolidar ações sem que se defina uma fonte pagante pode ocasionar a não efetivação e/ou provocar conflitos intergeracionais. Como expomos há várias medidas estabelecidas no Estatuto que estabelecem uma fonte pagadora.

Apesar de o Estatuto ter sido proclamado no ano de 2003, somente em janeiro de 2010 foi estabelecida a lei que institui o Fundo Nacional do Idoso que passou a vigorar em 1º de janeiro de 2011. Contudo, nem no próprio Estatuto, nem na Lei que cria o Fundo especifica as ações prioritárias para a população idosa.

Giacomin (2013, p. 192) relata algumas considerações em relação ao Fundo Nacional do Idoso: “infelizmente a gestão atual (2010-2014) não conseguiu operacionalizar o Fundo, apesar da urgente carência em utilizar os recursos em favor da estruturação e fortalecimento de uma rede integrada [...]”.

Diante deste quadro, é preciso chamar atenção para o grande desafio que é envelhecer em um país com elevados indicadores de desigualdade social e de gênero e ainda com resistência em declarar a velhice como uma prioridade política. Depois de explanarmos alguns dos artigos mais importantes do Estatuto se faz necessário apontar que, tais direitos só serão efetivados após a sociedade “garantir que a triste realidade dos idosos seja alterada,

para que as determinações previstas no Estatuto, de que o idoso não sofra violência e/ou negligência, realmente se efetive” (RITT e RITT, 2007, p. 111).

Um dos mecanismos de diálogo singular entre os representantes da sociedade civil com o Poder Público tem sido por meio das Conferências setoriais e de direitos. Depois que o Conselho Nacional dos Direitos do idoso - CNDI foi instituído, já foram realizadas três Conferências em todo o país, nos três níveis de governo. Nas três conferências foi exigida a elaboração de políticas públicas, prioritariamente nas ações pautadas na violência contra o idoso, políticas de cuidado, direitos previdenciários e recursos orçamentários. O envelhecimento populacional finalmente foi incluído na agenda das políticas públicas brasileiras nos anos de 1990 até os dias atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo. Ainda há os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Deve ser um compromisso de todo gestor compreender que, ainda que os custos de hospitalizações e cuidados prolongados sejam elevados na parcela idosa, também aí está se investindo na velhice.

O envelhecimento foi uma grande conquista da humanidade no último século, mas somente o aumento de pessoas idosas não garante aos cidadãos a dignidade para se viver com qualidade de vida. O envelhecimento da população brasileira é uma conquista que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa.

A responsabilização no trato da velhice vem sendo propagada, mas os subsídios para operacionalizar essa responsabilidade não vêm sendo compartilhados. Desta forma, a reprivatização da velhice altera o direito de escolha em uma obrigação de todos. Podemos dizer que essas são algumas das particularidades das “novas” formas de enfrentar as expressões da questão social. O deslocamento dos problemas sociais para o âmbito privado busca despolitizar a questão social.

O Estado vem utilizando a gestão compartilhada, deslocando a sua responsabilidade na promoção dos serviços sociais para a sociedade civil. Sendo assim, o processo de envelhecimento digno se torna algo complexo, uma vez que as pessoas idosas e suas famílias pobres não disponibilizam recursos para enfrentar os problemas sociais que atingem este segmento.

Contudo, é inegável que o processo de envelhecimento da população ganhou certo espaço na agenda política.

Para concluir pode ser lembrado, por extremamente oportuno, o dito de Simone Du Beauvoir (1990) sobre o tema do envelhecimento humano:

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

O conjunto de reflexões feitas nos leva a considerar que o Estatuto do Idoso estabelece um marco legal para a consciência idosa do país, apesar dos gargalos existentes e já mencionados. Contudo, esta lei agrupa novos subsídios e aspectos, com uma perspectiva de longo prazo, pois institui medidas que buscam otimizar o bem-estar dos idosos.

REFERÊNCIAS

BEAUVIOR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970/1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

_____. Lei nº 10741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**, João Pessoa, 2007.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS**. 4. Ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, 2004a.

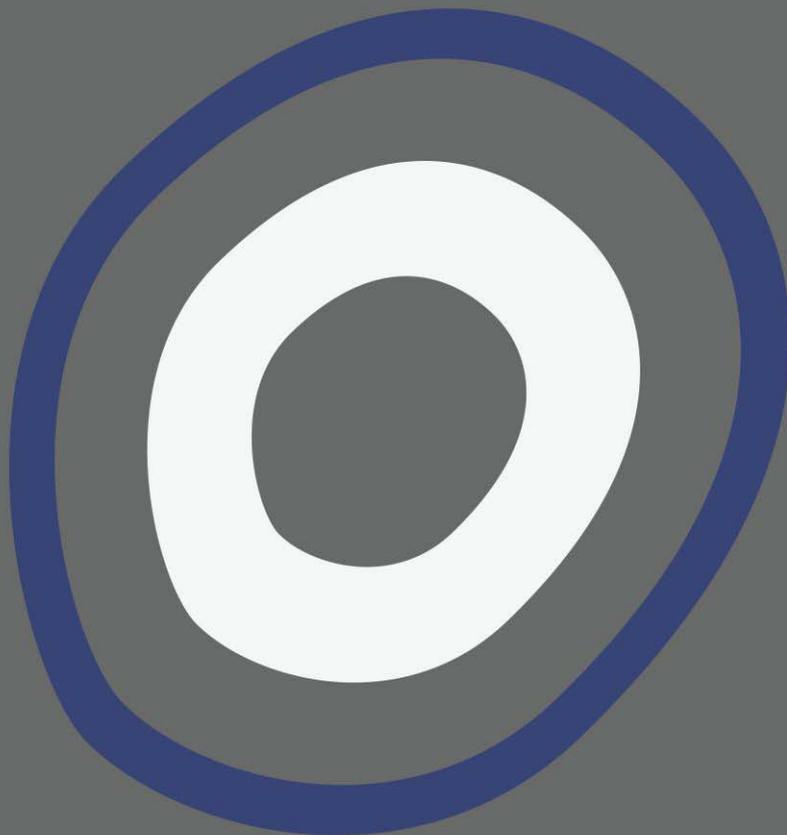
_____. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**, Brasília, 2007.

CAMARANO, A. A. KANSO, S; MELLO, J. L. e. **Como vive o idoso brasileiro?** In: CAMARANO, A. A. (Org.) Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60. Rio De Janeiro: IPEA, 2004.

FRANGE, Paulo. **O Estatuto do Idoso Comentado**. São Paulo: 2004. Disponível em: <<http://www.paulofrange.com.br/Livroidosofinal.pdf>> Acesso em:05/11/201.

GIACOMIN, K. C. Panorama dos 10 anos do CNDI. In: MULLER, Neusa Pivatto e PARADA, Adriana (Org.). **Dez Anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – repertórios e implicações de um processo democrático**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

- NERI, A. L. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso. In: **Revista A Terceira Idade**, v.16, n.34, p.7-24, 2005.
- PAZ, S. F.; GOLDMAN, S. N. Estatuto do idoso. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- RITT, C. F; RITT, E. **O Estatuto do idoso: Aspectos sociais, criminológicos e penais**. Porto Alegre: livraria do advogado, 2008.
- SALES, C. M. S; **Cidadania do idoso: retórica ou realidade?** Recife, PE, 2003. 130f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- TEIXEIRA, S. M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.
- Vasconcelos, Gabrielle Tayanne Andrade. **O envelhecimento como questão social: um estudo da política do idoso na Paraíba (2011-2014)** / Gabrielle Tayanne Andrade Vasconcelos.- João Pessoa, 2014. João Pessoa, 2014. 126f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, 2014.



NEPPS

NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM POLÍTICAS SOCIAIS



ISCTE IUL
Instituto Universitário de Lisboa



Programa de Pós-graduação em
Serviço Social e Política Social

ISBN 978-85- 67818-88- 7