

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

SILVIA JENI LUIZ PEREIRA DE BRITO

**O ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS (SP) – DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO COMO DIREITO
SOCIOASSISTENCIAL**

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM SERVIÇO SOCIAL

**SÃO PAULO
2009**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO – PUC/SP

SILVIA JENI LUIZ PEREIRA DE BRITO

**O ACESSO AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO MUNICÍPIO DE
CAMPINAS (SP) – DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO COMO DIREITO
SOCIOASSISTENCIAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Professora Dra. Raquel Raichelis Degenszajn.

**SÃO PAULO
2009**

BANCA EXAMINADORA

*Queira o melhor do melhor...
Se pensamos pequeno...
Coisas pequenas teremos...
Mas se desejarmos fortemente o melhor e
Principalmente lutarmos pelo melhor...
O melhor vai se instalar em nossa vida.
Porque sou do tamanho daquilo que vejo,
E não do tamanho da minha altura.*

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui só foi possível pela contribuição coletiva dos diferentes indivíduos que atravessam minha vida. É com essa certeza que faço os agradecimentos a seguir.

Aos meus pais, Carlos (*in memoriam*) e Leny, com quem aprendi a ter coragem para enfrentar os desafios que a vida nos impõe e a reconhecer que os gestos mais simples nos fazem mais felizes.

Ao Claudio, companheiro de caminhada, por todo apoio, cumplicidade nos meus projetos e por ter assumido os papéis de pai e mãe nos cuidados com nossos filhos.

Aos meus filhos Maryá e Caio, amores da minha vida, pela compreensão e paciência diante das tantas horas dedicadas a essa pesquisa e que foram subtraídas da nossa gostosa convivência.

Às minhas irmãs Rosa e Marília pelo permanente incentivo e, em especial, à minha irmã Aline, que amorosamente me acolheu em todos os momentos difíceis e prazerosos que acompanharam essa jornada.

Aos meus sobrinhos, Luiza e Gustavo, pelo carinhoso apoio que recebi.

À Secretaria de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social – SMCTAIS da Prefeitura Municipal de Campinas pela autorização à pesquisa em seus dados e confiança na minha participação no programa de mestrado.

A Edith Bortolozo, Secretária Adjunta da SMCTAIS, pelo carinho e incentivo no desvelar de novas descobertas no meu caminhar profissional.

A Elizabeth Rossin, Diretora do Departamento de Operações de Assistência Social, amiga desde os bancos da faculdade, pelo apoio incondicional, por acreditar e torcer por mim.

A todas as amigas e colegas da SMCTAIS, pelo entusiasmo com que acompanharam minha caminhada, e em especial a Janete Aparecida Giorgetti Valente, querida amiga Jane, que com imenso carinho segurou firme em minhas mãos levando-me para a PUC - SP num momento em que, sozinha, estava difícil caminhar; e a Vera Lúgia pelo carinho e disponibilidade despendidos na organização dos dados estatísticos.

Às amigas do Instituto Nacional do Seguro Social, Eduarda e Marlene, que, de diferentes lugares, com muito entusiasmo me apoiaram e me incentivaram.

Aos amigos Vinicius e Fernando, referências importantes na minha vida, com os quais aprendo todos os dias a força da superação. Em nome deles agradeço a todas as pessoas com deficiência e suas famílias com as quais tive o privilégio de conviver durante treze anos da minha trajetória profissional.

Às amigas Sandrinha e Gi pelo apoio incansável frente às muitas dúvidas e angústias e pelas alegrias compartilhadas durante esse processo de aprendizagem.

A todos os professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC - SP, gostaria de deixar registrado, para além do meu aprendizado, o quanto foi significativo esse encontro com vocês, que tão expressivamente escreveram e escrevem a história do serviço social e da política de assistência social que temos hoje. Em especial, gostaria de agradecer às professoras Aldaíza Sposati e Maria Carmelita Yazbek pelas valiosas contribuições dadas na ocasião do meu exame de qualificação, e à professora Maria Lúcia Martinelli, primeiro contato nessa caminhada pelo acolhimento e incentivo constantes.

À querida orientadora Raquel, pela paciência e segurança empreendidas no processo de construção dessa pesquisa. Processo árduo que exige disciplina, mas que é também prazeroso, revela descobertas e traz amadurecimento pessoal e intelectual. Obrigada por acreditar no meu potencial acadêmico e valorizar meu trabalho profissional.

Aos queridos amigos com quem tive o prazer de conviver no cursar das disciplinas do Programa, especialmente Lindamar, Ana Carla, Rodrigo, Marcos, Therese, Amanda e Stela, pela presença que imprimiram na minha vida.

À CAPES pelo apoio financeiro.

LISTA DE QUADROS

QUADRO1. ENTREVISTADOS	22
QUADRO2. DADOS REFERENTES AOS GASTOS DO BPC	32
QUADRO3. PRINCÍPIOS-BASE DA ELABORAÇÃO DA LOAS E TEXTO FINAL	73
QUADRO4. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL	91
QUADRO 5. NÚMERO DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO BPC ACOMPANHADAS NOS CRASs.....	136

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. DADOS REFERENTES À CONCESSÃO DO BPC NO BRASIL	32
TABELA 2. POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA EM CAMPINAS(SP)	96
TABELA 3. DADOS DA REVISÃO DO BPC NO MUNICÍPIO	106
TABELA 4. DIVISÃO DOS BENEFICIÁRIOS ENTRE AS REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO	119

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. MASSA DE RENDIMENTOS DOMICILIAR <i>PER CAPITA</i> REAL POR GRUPOS EM 2007	34
GRÁFICO 2. CONDIÇÕES DE VIDA:IPRS – DIMENSÃO RIQUEZA – 2004	86
GRÁFICO 3. CONDIÇÕES DE VIDA:IPRS – DIMENSÃO ESCOLARIDADE – 2004	86
GRÁFICO 4. CONDIÇÕES DE VIDA:IPRS – DIMENSÃO LONGEVIDADE – 2004	86
GRÁFICO 5. CONDIÇÕES DE VIDA:IPRS – ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL – IDHM – 2000	87
GRÁFICO 6. CONDIÇÕES DE VIDA:IPRS – DOMICÍLIOS COM RENDA <i>PER CAPITA</i> ATÉ ¼ DO SALÁRIO MÍNIMO	87
GRÁFICO 7. EDUCAÇÃO: TAXA DE ANALFABETISMO DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS E MAIS – 2000	87
GRÁFICO 8. DEMOGRAFIA E SAÚDE:TAXA DE NATALIDADE – 2007	88
GRÁFICO 9. DEMOGRAFIA E SAÚDE: TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL – 2007	88
GRÁFICO 10. TERRITÓRIO E POPULAÇÃO: ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO – 2008	88
GRÁFICO 11. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA EM CAMPINAS	93
GRÁFICO 12. ÍNDICE PAULISTA DE VULNERABILIDADE SOCIAL(SEADE) ENTRE IDOSOS DE 60 A 79 ANOS EM CAMPINAS(SP)	93
GRÁFICO 13. ÍNDICE PAULISTA DE VULNERABILIDADE SOCIAL(SEADE) ENTRE IDOSOS COM 80 ANOS OU MAIS EM CAMPINAS (SP)	94
GRÁFICO 14. TOTAL DE BENEFICIÁRIOS DO BPC DO MUNICÍPIO EM SETEMBRO DE 2008	94
GRÁFICO 15. ÍNDICE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	96
GRÁFICO 16. BENEFÍCIOS REQUERIDOS PELAS PCD	101
GRÁFICO 17. QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS ANOS DE REVISÃO DO BPC	107
GRÁFICO 18. DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE ESCOLARIDADE	108
GRÁFICO 19. DISTRIBUIÇÃO DO BENEFICIÁRIO POR SITUAÇÃO DE MORADIA	108
GRÁFICO 20. DISTRIBUIÇÃO POR SEXO/IDOSO	109
GRÁFICO 21. DISTRIBUIÇÃO POR SEXO/PCD	109
GRÁFICO 22. RESUMO DAS INCAPACIDADES INFORMADAS	110
GRÁFICO 23. DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA	111
GRÁFICO 24. RESUMO DOS PRINCIPAIS GASTOS	111
GRÁFICO 25. MUDANÇAS PROVOCADAS PELO RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO	112
GRÁFICO 26. PRINCIPAIS NECESSIDADES APRESENTADAS PELO BENEFICIÁRIO	112
GRÁFICO 27. PRINCIPAIS ATENDIMENTOS REALIZADOS AO BENEFICIÁRIO PELAS SECRETARIAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL OU ÓRGÃOS CORRESPONDENTES OU ENCAMINHAMENTOS A INSTITUIÇÕES OU ÓRGÃOS COMPETENTES	113
GRÁFICO 28. RESUMO DA UTILIZAÇÃO DO BENEFÍCIO NA SITUAÇÃO DE INTERNAÇÃO	114
GRÁFICO 29. ACESSO A OUTRAS POLÍTICAS/PROGRAMAS SOCIAIS	115
GRÁFICO 30. PRINCIPAIS SITUAÇÕES ENCONTRADAS ENVOLVENDO INTEGRANTES DO NÚCLEO FAMILIAR	115
GRÁFICO 31. PRINCIPAIS ATENDIMENTOS REALIZADOS PELAS SECRETARIAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL OU ÓRGÃOS CORRESPONDENTES OU ENCAMINHAMENTOS A INSTITUIÇÕES OU ÓRGÃOS COMPETENTES AOS INTEGRANTES DO NÚCLEO FAMILIAR	116
GRÁFICO 32. RESUMO DAS RELAÇÕES SOCIAIS DA PESSOA IDOSA	116

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
LISTA DE QUADROS	7
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1. O BPC E O DIREITO NÃO-CONTRIBUTIVO	24
1.1. O BPC EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES EM SEU PROCESSO HISTÓRICO	24
1.2. SIGNIFICADOS DO DIREITO NÃO-CONTRIBUTIVO: SEGURIDADE SOCIAL, CULTURA POLÍTICA E CIDADANIA	35
CAPÍTULO 2. O MOVIMENTO HISTÓRICO DE LUTA PELO BPC: FORÇAS DE APOIO E RESISTÊNCIA	48
2.1. O PERÍODO QUE ANTECEDEU A INSTALAÇÃO DA ASSEMBLÉIA	48
2.2. A ASSEMBLÉIA CONSTITUINTE: AS CONTRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES E SUBCOMISSÕES PARA O DEBATE DA SEGURIDADE SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E DOS IDOSOS	59
2.3. AS RESTRIÇÕES IMPOSTAS AO BPC	69
CAPÍTULO 3. O BPC EM CAMPINAS	83
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS	83
3.2. IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – NOVOS SUJEITOS DE DIREITOS?	90
3.3. ANALIANDO O BPC EM CAMPINAS	105
3.3.1. A REVISÃO DO BPC EM CAMPINAS – O DESAFIO DE ASSEGURAR E AMPLIAR DIREITOS	105
3.3.2. A ARTICULAÇÃO ENTRE SUAS E BPC NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS	117
CAPÍTULO 4. OS SUJEITOS DO BPC: PERCEPÇÃO E SIGNIFICADO NA VOZ DOS BENEFICIÁRIOS E INTERLOCUTORES	122
4.1. A VISÃO DOS SUJEITOS SOBRE O BPC: ENTRE A AJUDA E O DIREITO	122
4.2. USOS DO BPC PELOS BENEFICIÁRIOS - “A GENTE NÃO SÓ COME” (M.C.O., MÃE DA BENEFICIÁRIA COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	129
4.3. OS DESAFIOS DA INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO SUAS – LIMITES E POSSIBILIDADES	133
4.4. O BPC E O CONTROLE SOCIAL – O DISCURSO DOS CONSELHEIROS	137
4.5. AMBIGUIDADES DO BPC: DIREITO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO?	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
ANEXO I	158
ANEXO II	161
ANEXO III	163
ANEXO IV	164
ANEXO V	165
BIBLIOGRAFIA	166

RESUMO

Esta pesquisa procurou ressaltar o caráter inaugural do Benefício de Prestação Continuada – BPC como um direito social não-contributivo, num país que historicamente teve como marca a *cidadania regulada* e que, portanto, nunca universalizou o trabalho assalariado e a proteção social para toda a população. A análise empreendida situou o movimento histórico de conquista deste direito na dinâmica cultural, política e social brasileira, que destitui o pobre da condição de cidadania, retomando os embates para a aprovação do BPC na Assembléia Constituinte que deu origem à Constituição Federal de 1988, bem como discutiu as ambigüidades que perpassam a própria historicidade da assistência social na sociedade brasileira. Na perspectiva de problematizar e contribuir para a consolidação do BPC, este estudo analisou as forças de apoio e resistência no processo de sua constituição, discutiu sua natureza no âmbito da assistência social e identificou as tentativas de desconstrução e retrocesso que cercaram a sua definição e implementação. Também foi possível refletir sobre o BPC em sua articulação com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, os desafios e possibilidades para inclusão dos seus beneficiários em programas, projetos e serviços socioassistenciais. Partiu-se do pressuposto de que a assistência social se vincula ao campo da proteção social como uma das políticas sociais que compõem a seguridade social brasileira e que, desse modo, assumir a proteção social como direito de todos os cidadãos expressa a ruptura com uma cultura que remete direitos sociais ao trabalho assalariado, demarcando uma nova relação entre o Estado e a sociedade fundada na concepção da cidadania universal. A partir de dados coletados no município de Campinas (SP), focalizando-se os beneficiários do BPC – idosos e pessoas com deficiência – e seus interlocutores, buscou-se demonstrar a percepção do BPC enquanto direito socioassistencial, enfatizando as condições de acesso e manutenção deste benefício, a identificação do seu gasto pelos beneficiários, sua articulação com os Centros de Referência de Assistência Social CRASs o controle social e as interfaces com o INSS, no que diz respeito a sua operacionalização. Como procedimentos metodológicos, além da pesquisa documental e bibliográfica, a dissertação apoiou-se em pesquisa empírica com uma abordagem qualitativa, realizando-se entrevistas semi-estruturadas com beneficiários do BPC, assistentes sociais que trabalham nos CRASs, assistentes sociais responsáveis pela revisão do benefício na cidade Campinas, procuradores do INSS e membros dos conselhos municipais do idoso e da pessoa com deficiência. O produto deste trabalho está disposto em quatro capítulos e os resultados indicam uma frágil visão do BPC como direito socioassistencial de base constitucional, consequência de uma cultura política de baixa inscrição no campo dos direitos humanos.

Palavras-Chave: benefício de prestação continuada, seguridade social, política de assistência social, direito socioassistencial, proteção social, cultura política, cidadania, idosos, pessoas com deficiência.

ABSTRACT

This research tried to highlight the inauguratory character of the Benefício de Prestação Continuada - BPC (Cash Transfer Program) as a no-contributory social right in a country which historically had as its mark a regulated citizenship and therefore waged work and social protection for its population were never made universal. The analysis made located the historical movement of the conquest of this right in the cultural, political and social Brazilian dynamic that displaces the poor from their citizenship condition, struggled to approve the BPC in the Constitutional Convention, from which the 1988 Federal Constitution was originated, as well as discussed thoroughly the ambiguities that pass throughout the very own history of the social work in the Brazilian society. In the perspective to discuss thoroughly and contribute to the BPC consolidation, this study analyzed the support and resistance power in the process of the BPC constitution, discussed the nature of this benefit in the bounds of social work and identified the attempts of dismemberment and retrocession that surrounded its definition and implementation. It was also possible to think about BPC in its articulation with Unified System for Social Assistance - SUAS, its challenges and possibilities to include its beneficiaries in programs, projects and social work services. It's assumed that the social work is bound to social protection fields as one of the social politics that constitutes the Brazilian Social Security. Being so, to assume that the social protection as a right to all citizens expresses a rupture of a culture that forwards social rights to waged work, defining a new relation between the state and the society based on the conception of universal citizenship. From Campinas, SP, focusing on the BPC beneficiaries - elderly and disabled people and their interlocutors; this study tried to demonstrate the BPC perception as a social assistance right, highlighting the conditions of access and maintenance of this benefit, an identification of its expenses by the beneficiaries, its articulation with CRAS (Social Reference of Social Assistance Center), the social control and its interfaces with INSS (Social Security) related to its operationalization. As well as methodological procedures, documental and bibliographic research, this essay was based on empiric research with a qualitative approach and semi-structured interviews with BPC beneficiaries, social workers who work for CRAS (Social Assistance Reference Center), social workers responsible for the revision of this benefit in Campinas city, INSS (Social Security) solicitor and members of the City Council for the elderly and the disabled. The produce of this work is displayed in four chapters and the results show a fragile vision about BPC as a social assistance right with constitutional base, a consequence of a political culture with low inscription in the fields of human rights.

Keywords: benefício de prestação continuada, social security, social assistance, no-contributory social right, social protection, political culture, citizenship, elderly, disabled people.

INTRODUÇÃO

O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político.

Bobbio (1992:24)

O tema proposto para o desenvolvimento desta pesquisa é o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) como direito socioassistencial para pessoas idosas e pessoas com deficiência (PCD).

O BPC é um direito constitucional que prevê a concessão de um salário mínimo pago mensalmente às pessoas idosas em idade igual ou superior a 65 anos e às pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda familiar *per capita* mensal seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Pensar o BPC em relação ao acesso enquanto direito constitucional socioassistencial; refletir sobre o seu significado como um direito não-contributivo da política de assistência social; entender a natureza desse direito; desvelar o público alvo definido para acessá-lo e compreender por que existem tantos obstáculos para o seu reconhecimento constituem as questões norteadoras deste estudo.

São conhecidas as polêmicas quanto ao entendimento e à conceituação da assistência social. Vinte e dois anos atrás, Pereira (1996:11), ao refletir sobre os conceitos e as funções da assistência social, chamava a atenção para os equívocos e as limitações mais marcantes presentes em sua concepção dominante. Dizia a autora que “a imprecisão, o desprestígio e a largueza interpretativa do adjetivo social” é que transformavam a assistência social em alvo de preconceitos. Ou seja, o termo composto *assistência social*, ao carregar uma conotação negativa, estigmatiza provedores e destinatários de benefícios e serviços assistenciais.

O tradicional uso político que historicamente marcou a trajetória da assistência social em nosso país, traduzido pelas práticas clientelistas, assistencialistas e paternalistas, também contribuiu fortemente para sua estigmatização. Dissociá-la desses estigmas exige, portanto, reconhecê-la como política social de responsabilidade pública.

Em pleno século XXI, quando olhamos para boa parte dos municípios de nosso país,

temos a exata dimensão do quanto essa tarefa é árdua. O que queremos dizer é que as práticas tradicionais ainda se fazem presentes, pois se constata a permanência do “primeiro-damismo” e dos fundos sociais de solidariedade, com incidência acima da média nacional nos municípios do Estado de São Paulo¹.

Diante desse cenário, não é difícil entender por que a assistência social enfrentou dificuldades até para receber a denominação de política social. Boschetti (2003:43) revela que somente em 1985 a assistência social passou a compor um Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND da Nova República) recebendo, pela primeira vez, a designação de política social.²

Nessa mesma direção, e corroborando o exemplo citado, a autora chama a atenção para a confusão entre assistência e filantropia, ressaltando que tal equívoco não resulta de um simples desconhecimento das diferenças, ou até mesmo de um antagonismo entre assistência social como política pública e as ações de benemerência. Ao contrário, deriva de uma clara intenção em manter a assistência social sob a ótica do dever moral e submetida a interesses clientelistas e paternalistas (BOSCHETTI: 43 e 44).

Então, é possível identificar que as distorções conceituais, o desprestígio, a identificação com o assistencialismo conservador, dentre outros, são fatores importantes que podem contribuir para o baixo reconhecimento e legitimidade da assistência social enquanto política social de direito de cidadania.

¹ Essas informações procedem de recente reunião com a Divisão Regional de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADS) de Campinas. Dos 43 municípios integrantes, 50% possuem Fundo Social de Solidariedade, do qual a Primeira-Dama é a presidente. Na mesma ocasião tomamos conhecimento da existência de fundos sociais que funcionam junto com a Secretaria de Assistência Social, e também que, em um município, o Fundo Social de Solidariedade desenvolve suas ações junto ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Outra fonte de informação é a pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Seguridade e Assistência Social (NEPSAS) que demonstra essa realidade. Dados da pesquisa de 2007 indicam que, no Brasil, 41% das Primeiras-Damas estão no comando do órgão gestor da assistência social e/ou realizam algum trabalho com o órgão gestor; e que em 45,3% dos municípios, a Primeira-Dama é gestora e presidente do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). No Estado de SP, esta situação se confirma em 61,9% dos municípios (índice superior ao dos demais estados). Números tão altos se devem ao fato de o Fundo Social de Solidariedade constituir-se como esfera paralela de gestão.

² Interessante observar que, nos orçamentos da União dos anos de 1933, 1939 e 1949, a assistência social já constava como área orçamentária, o que quer dizer que o gasto com a assistência social estava autorizado muito antes de sua incorporação no plano plurianual, demonstrada, desta forma, a constante dualidade existente nos gastos com a assistência social (GIACOMONI, J. Orçamento Público, SP, Ed. Atlas, 2007 *apud* SPOSATI, 2008).

Longe, portanto, de assumir o formato de política social, a assistência social desenrolou-se ao longo das décadas, como doação de auxílios, revestida pela forma de tutela, de benesse, de favor, sem superar o caráter de prática circunstancial, secundária e imediatista [...] (MESTRINER, 2001:16).

Essas relações clientelistas, de favor, de tutela e benesse, imprimiram uma cultura política na assistência social em que o acesso a bens, recursos e serviços assistenciais passa, necessariamente, pelo estabelecimento de relações pessoais com governantes ou lideranças políticas. Contudo, esses processos extrapolam a assistência social, ou seja, esse tipo de relação social e política é algo que conforma a nossa própria cultura política. Como bem observa Oliveira (2005:15-16), “faz-se presente na política social como um todo e é inerente à história política, econômica e social brasileira”.

Faleiros (1998: 110) levanta outra questão quando ressalta que “a organização da assistência social sempre foi um problema para a sociedade capitalista, tendo em vista tanto a ideologia liberal como a dinâmica política e econômica dessa sociedade”. Esse aspecto é relevante para demonstrar o permanente conflito que se registra entre a assistência social e as formas de organização social do trabalho.

Já Boschetti (2003:46), ao citar Polanyi (2000), assinala que, em uma sociedade fundada no primado liberal do trabalho assalariado, materializou-se o princípio segundo o qual o homem deve manter a si e a sua família com os ganhos dele advindos, ou com a venda da sua força de trabalho, estabelecendo-se, desta forma, a distinção entre os “aptos e os inaptos” para o trabalho, o que tem caracterizado toda a história da assistência social.

Decorre daí que a sociedade exime o indivíduo da obrigatoriedade do trabalho quando a situação de pobreza está associada a algum tipo de incapacidade, que pode ser por idade, deficiência ou doença, mas não faz a mesma “concessão” quando constata “apenas” a situação de pobreza. Ou seja, havendo condições de trabalho, o pobre não se tornaria alvo das ações assistenciais.

Essa estigmatização da população “assistida” pela assistência social contribuiu para a cristalização de uma cultura dominante e moralista, inspirada no liberalismo darwinista, que divide a sociedade em fortes e fracos – sendo os últimos aqueles que não conseguem sobreviver inserindo-se no mercado – atribuindo ao próprio indivíduo, e não ao sistema de acumulação capitalista, a responsabilidade pelo processo de exclusão a que forçosamente é submetido (FALEIROS, 1998:110).

O que é importante demarcar é que reconhecer o direito à assistência social

independente da referência do trabalho assalariado é tarefa de difícil realização na perspectiva do pensamento liberal e da cultura conservadora, presentes na sociedade brasileira. Mais adiante voltarei a esta questão.

Outro aspecto relevante para esta análise refere-se à criação da seguridade social em 1988, elevando a assistência social ao patamar de política de proteção social, ao lado da saúde e da previdência. Essa é uma particular configuração do modelo brasileiro de seguridade social, enquanto em outros países assume perspectiva mais ampliada³.

Contudo, embora a definição da seguridade social pela primeira vez na Constituição brasileira seja uma importante conquista, ela não se constituiu a partir de um único campo comum e nem se efetivou a perspectiva de um fundo da seguridade social, com financiamento tripartite e redistributivo, destinado a financiar as três políticas da seguridade social, conforme seu desenho inicial. (BOSCHETTI, 2003:72). Também o Conselho Nacional de Seguridade Social foi extinto por Fernando Henrique Cardoso logo que assumiu o governo em 1995.

Como decorrência, cada uma das políticas que compõem o tripé da seguridade social foi regulamentada setorialmente, resultando numa independência administrativa, financeira e gerencial, apoiada em forte legislação infraconstitucional que sucedeu a promulgação da Carta Magna (JACCOUD, 2007:7).

Nas considerações de Sposati (2007:10), “não há também qualquer indicação sobre o modo de relação das três áreas no âmbito da seguridade, para além dos objetivos estabelecidos no parágrafo único do art.194” da Constituição Federal.

O que importa enfatizar é que esses aspectos, aliados à versão restrita da seguridade social brasileira que acabou prevalecendo, são fatores relevantes diante de um cenário em que a exigência de um sistema de proteção social mais amplo e generoso é parte indispensável da política social como ferramenta importante para redução da pobreza e condição necessária para o enfrentamento das complexas manifestações da ‘questão social’ em nosso país. Essa questão será desenvolvida no primeiro capítulo.

Outro ângulo importante desta pesquisa refere-se à análise da cultura de direitos derivada do exercício do trabalho assalariado, que atende à lógica do seguro, ou seja, a contribuição pré-paga. Refiro-me à aposentadoria, ao auxílio-doença e ao seguro desemprego, que configuram tipos de proteção social que compõem a previdência social brasileira. Quanto

³ Diversos estudos demonstram que, em outros países, políticas de educação, trabalho, habitação, entre outras, também integram a seguridade social. Ver, por exemplo, Esping-Andersen (1992).

a esta modalidade de proteção social contributiva, parece não haver polêmica, ou seja, o trabalhador contribuinte, filiado ao regime previdenciário, ao encontrar-se impedido de exercer suas funções laborais, recebe o seguro para o qual ele e seu empregador contribuíram.

Mas, o que dizer diante dos dados apontados pelo IBGE-PNAD/2006, em que mais da metade da população ocupada, ou 49,1 milhões de pessoas, continuava formada por trabalhadores sem carteira assinada, por conta-própria ou sem remuneração?

Essa dualização da sociedade capitalista entre trabalhadores protegidos e desprotegidos de sistemas públicos de seguridade social, entre capazes e incapazes, aptos e inaptos – ou “sobrantes” – revela não só a histórica tensão entre assistência social e trabalho, mas também a necessidade de considerarmos as diferenças existentes no interior das sociedades capitalistas.

Como considerar os trabalhadores impedidos de se filiar ao regime previdenciário por situações de doença, invalidez, deficiência, ou que, em consequência das transformações ocorridas no mundo do trabalho, vivenciam o desemprego, o trabalho precário ou informal de modo permanente? E o que dizer das crianças, adolescentes, jovens e famílias inteiras expostas às mais diversas situações de vitimização, contingências, fragilidades, vulnerabilidades e riscos que “enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida ou por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensa à dignidade humana”? (PNAS,2004) Seriam eles menos cidadãos?

É com base nesse conjunto de elementos que pretendo discutir o direito não-contributivo a ser garantido pela política de assistência social.

As primeiras aproximações com o tema da presente pesquisa deram-se a partir do processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada no município de Campinas, que teve início em 2002⁴. Como assistente social da Secretaria Municipal de Assistência Social, integrei a comissão responsável pela coordenação e pelo acompanhamento do referido processo.⁵.

Por meio do desencadeamento desta ação, pude constatar que, até então, a política de

⁴ O artigo 21 da Lei Orgânica da Assistência Social determina que: “O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem”.

⁵ Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), a coordenação geral, o acompanhamento e a avaliação da prestação do benefício. O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é o responsável pela operacionalização do mesmo. A coordenação do benefício no município é de responsabilidade do gestor municipal da assistência social. Desde 2005, coordeno a gestão do BPC em Campinas.

assistência social não havia se apropriado desse direito constitucional, ou seja, o BPC não fazia parte das ações da assistência social, e os profissionais que acumulavam conhecimento a respeito do benefício eram os assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os profissionais de serviço social executores da política de assistência social demonstravam pouquíssimo conhecimento a respeito do BPC e, menos ainda, de seus beneficiários.

Esse cenário me trouxe muitas inquietações. O que teria acontecido para que um direito social de cidadania não fosse apreendido pelos gestores, pela rede socioassistencial e nem pelos próprios assistentes sociais? Qual teria sido sua trajetória histórica para que frequentemente constatássemos sua identificação, tanto por parte dos beneficiários quanto dos profissionais, como um benefício da previdência social e, até mesmo, como uma aposentadoria? Em que medida a não apreensão do BPC como direito constitucional da política de assistência social estaria causando distorções na sua compreensão? Por que o BPC não integrava o cotidiano do exercício profissional?

De um lado, estavam dados os inegáveis avanços na trajetória histórica da política de assistência social e, de outro, constatava-se um “vazio de significados” entre as concepções de benefício, direito, cidadania, e da própria política enquanto integrante da seguridade social brasileira, que possivelmente colaborava para o distanciamento e para a falta de apreensão desse direito, inclusive de seus agentes profissionais, ou seja, os próprios assistentes sociais.

Esse cenário instigava-me a buscar uma melhor compreensão dos determinantes históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais que estão presentes na construção dos direitos sociais e que os explicam, tanto enquanto conquistas como enquanto concessões, interferindo na sua forma legal, e podendo impulsionar ou restringir sua efetivação, demonstrando, assim, as relações complexas, de avanços e recuos, que se instituem nesse processo.

Considero que é no cotidiano do exercício profissional, trabalhando com as expressões da ‘questão social’, decorrentes das desigualdades inerentes à relação capital-trabalho na sociedade capitalista (NETTO, 1992 e IAMAMOTO, 1999), que o assistente social busca a efetivação dos direitos de cidadania.

Os assistentes sociais têm no projeto ético-político do Serviço Social as diretrizes para o exercício profissional, que se pauta pela defesa de princípios e valores éticos, entre eles, “a ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade

com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras”. (CFESS, 1993).

Contudo, a prática interventiva dos assistentes sociais exige cada vez mais competência teórico-metodológica para decifrar o terreno de tensões e contradições onde ela se faz. Essa foi mais uma motivação para a presente pesquisa.

A V Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2005 construiu o decálogo dos direitos socioassistenciais⁶, dentre eles, o direito a ter garantida a convivência familiar, comunitária e social, o direito à renda e à igualdade e equidade, direitos que precisam ser consolidados para fortalecer as proteções a serem asseguradas pela política de assistência social.

A consolidação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, e a implantação, em 2005, em todo o território nacional, do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) demarcam um momento histórico singular para a política de assistência social, momento de unir esforços em direção ao seu fortalecimento e reconhecimento como política de responsabilidade pública.

Considerando a importância dos municípios para a efetivação desse sistema, este estudo pretende contribuir para que municípios metropolitanos, por meio do órgão gestor da política de assistência social, possam conhecer cada vez mais a realidade do BPC e de seus beneficiários para o estabelecimento de ações que atendam às demandas de um público altamente heterogêneo e que exige qualificação para melhor compreensão de suas especificidades.

Por fim, cabe dizer da minha *implicação*⁷ (BARBIER, 1985; LOURAU, 1993) em relação a esse público. Meu primeiro trabalho como assistente social se deu em uma Organização Não-Governamental (ONG), onde fui contratada para trabalhar com famílias cujos filhos tinham deficiência mental, em uma escola especial conveniada com a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Foram treze anos de trabalho e de aprendizagem. Vínculos fortes permanecem até hoje⁸.

⁶ No anexo 2 se encontra a relação dos 10 direitos socioassistenciais.

⁷ Sobre o conceito de implicação, bem como os níveis: psicoafetivo, histórico-existencial e o nível estrutural-profissional, ver Barbier, 1985.

⁸ Atuava com um grupo de mães da estimulação precoce, programa, como o próprio nome diz de estimulação de diversas áreas por meio de terapias de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Com mães trabalhávamos eu e uma psicóloga. Esse trabalho ocupa especial lugar no meu caminhar profissional. Os bebês

De 1985 a 1998, meu exercício profissional ocorreu nessa área. Além do trabalho desenvolvido na ONG, tive a oportunidade de participar de ações coletivas que, além de inserir o debate da questão da deficiência no interior do poder público, deram origem a várias ações e legislações municipais direcionadas às pessoas com deficiência, iniciando, desta forma, uma militância política. Participei da elaboração da lei de criação do atual Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência (CMPD), fui conselheira representante do poder público durante quatro anos e me aproximei de lideranças expressivas do Centro de Vida Independente (CVI), movimento sobre o qual discorro no capítulo 3 desta dissertação.

Em toda pesquisa é preciso escolher um caminho, instrumentais teóricos e técnicas de investigação que possibilitem descrever, explicar e analisar os fenômenos ocorridos em um contexto histórico. Isso é o que Minayo (1999) conceitua como a metodologia de uma investigação social, acrescentando a esses elementos a criatividade, a experiência e o rigor científico do pesquisador.

Em relação à abordagem qualitativa de pesquisa, Minayo (1999:22) afirma que:

Qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa volta-se para um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. É uma abordagem que considera esse conjunto de fenômenos humanos como parte da realidade social (MINAYO, 2007: 21).

Partindo destas premissas, o método aqui escolhido lança mão dos saberes do campo da metodologia qualitativa em fontes secundárias e primárias. Para tanto, utilizamos como procedimentos metodológicos pesquisa documental e bibliográfica, bem como entrevistas semi-estruturadas, que tiveram por objetivo avaliar a concepção do benefício enquanto direito constitucional.

Esta pesquisa objetivou investigar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada como direito constitucional da política de assistência social, na perspectiva de problematizar e

da chamada estimulação precoce são “homens feitos” hoje. Alguns trabalhando, outros namorando, outros com possibilidades mais estreitas. Cada um em seu próprio tempo.

contribuir para sua consolidação. Para tanto, valeu-se da análise das forças de apoio e resistência no processo de constituição do BPC, discutiu a natureza do benefício no âmbito da assistência social e identificou as tentativas de desconstrução e retrocesso que cercaram a sua definição e implementação. Também foi possível analisar o BPC e sua articulação com o SUAS, os desafios e possibilidades para inclusão dos seus beneficiários em programas, projetos e serviços socioassistenciais.

Por meio de entrevistas, pôde-se identificar e problematizar o significado do BPC para os sujeitos que o acessam, assim como revelar o grau de (des) conhecimento (ou percepção) que os sujeitos beneficiários do BPC e seus interlocutores possuem sobre a sua configuração como direito não-contributivo da assistência social.

Os entrevistados foram:

- Beneficiários - idosos e pessoas com deficiência;
- Assistentes sociais dos Centros de Referência de Assistência Social (um pertencente a uma região periférica da cidade e outro à região central);
- Assistentes sociais que participaram do processo de revisão do benefício, tendo em vista a importância desse profissional como mediador do acesso a este direito constitucional;
- Conselheiros dos Conselhos Municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência, buscando conhecer a concepção dominante em torno do benefício, o controle social e a relação do benefício com a política de assistência social (um conselheiro de cada Conselho Municipal, ambos representantes da sociedade civil - uma representante do segmento de usuários e outra representante das entidades sociais), e
- Procuradores do INSS⁹, a fim de examinar como se opera um direito não-contributivo da política de assistência social dentro de uma lógica previdenciária.

Na pesquisa realizada, foram entrevistados beneficiários idosos e com deficiência, com destaque para os últimos. Em relação ao público com deficiência, dados apontados nos processos de revisão do benefício demonstram que, o beneficiário com deficiência mental

⁹ Agradeço aos professores que integraram a banca de qualificação a sugestão de incluí-los como sujeitos da pesquisa.

alcança o maior número de benefícios concedidos, seguido de beneficiários com múltipla deficiência e, em terceiro lugar, do beneficiário com deficiência física. Com o objetivo de destacar esse público, não só em relação à quantidade de benefícios concedidos, mas sobretudo em relação a sua particularidade, entrevistei dois beneficiários com deficiência múltipla – nos dois casos deficiência mental e física – por meio de seus pais, e um beneficiário com deficiência física, entrevistado diretamente.

Foram escolhidos beneficiários com no mínimo cinco anos de utilização do benefício, tendo em vista analisar as repercussões nas vidas dos sujeitos durante esse período. Todas as entrevistas foram realizadas na cidade de Campinas (SP).

Cabe, no entanto, destacar a dificuldade encontrada para entrevistar os beneficiários adultos com deficiência física. Dada a presença constante de cadeirantes no mercado informal, principalmente em semáforos, houve interesse em entrevistar uma pessoa adulta com deficiência física nestas condições. Foram realizados cinco contatos sem êxito. Uma beneficiária concordou com a entrevista, marcamos horário e local, mas ela não compareceu e até o presente momento não retornou o contato. Os beneficiários mostravam-se bastante desconfiados, alegaram falta de tempo e dificuldades para conceder entrevista na rua, além de não se colocarem disponíveis para receber a pesquisadora em suas casas, justificando que “chegam exaustos e têm pouco tempo para dar atenção à família”. Na última tentativa conseguimos a entrevista na calçada de uma esquina bastante movimentada da cidade.

No total, foram realizadas doze entrevistas assim distribuídas: quatro beneficiários, sendo dois com deficiência múltipla, um com deficiência física e uma pessoa idosa; dois conselheiros dos Conselhos Municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência; quatro assistentes sociais, duas que trabalham em dois Centros de Referência de Assistência Social, e duas integrantes da Cooperativa de Assistentes Sociais, responsável pela execução das seis etapas de revisão do benefício no município, e dois procuradores do INSS, conforme quadro abaixo¹⁰.

¹⁰ No anexo 2 deste estudo encontram-se os dados de identificação de cada sujeito entrevistado.

Quadro 1. Entrevistados

Beneficiários com deficiência múltipla	2	4
Beneficiário com deficiência física	1	
Beneficiário idoso	1	
Conselheiros dos CMI e CMPD	2	2
Assistentes Sociais de CRAS	2	4
Assistentes Sociais da Cooperativa	2	
Procuradores do INSS	2	2
Total		

As principais fontes de dados secundários que subsidiaram esta pesquisa foram os resultados dos processos de revisão do BPC realizados no município de Campinas, cidade metropolitana do interior paulista¹¹, bem como as informações de documentos oficiais, legislação, programas, relatórios e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE).

Por fim, o produto deste trabalho está disposto em quatro capítulos:

No *Capítulo 1*, dividido em dois subitens, contextualizo o BPC no movimento histórico, buscando sua compreensão como direito, resgatando suas contradições, limites e possibilidades, para em seguida abordá-lo como direito não-contributivo, discutindo a dificuldade de implementar uma cultura de direitos num país que teve a *cidadania regulada*¹² muito forte e que nunca universalizou o trabalho assalariado. A segunda parte procurou analisar: o significado e os fundamentos dos direitos sociais não-contributivos e as particularidades e características frente aos direitos contributivos; os seus destinatários; as condições em que surgem e se realizam e os desafios que enfrentam numa sociedade marcada pela lógica do capital e do valor econômico.

O *Capítulo 2* retomou três momentos históricos importantes que contribuíram para a instituição da seguridade social brasileira, quais sejam: o período que antecedeu a instalação da Assembléia Constituinte; os trabalhos realizados durante o período da Assembléia Constituinte localizando, especialmente, os debates das comissões e subcomissões que

¹¹ Caracterização detalhada do município no item 3.1.

¹² Analisando os direitos sociais advindos do exercício do trabalho assalariado, portanto restrito aos benefícios decorrentes das relações e profissões regulamentadas por legislação específica, Santos (1979:75) cunhou o conceito de **cidadania regulada**, sobre o qual tratarei no capítulo 1.

trataram da seguridade social das pessoas com deficiência e dos idosos; bem como as mudanças ocorridas no BPC no processo de aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

O *Capítulo 3* tratou dos idosos e das pessoas com deficiência no atual cenário em que estão inseridos e trouxe resultados dos processos de revisão já realizados no município de Campinas, que caracterizaram seus beneficiários e as necessidades e demandas a ser atendidas pela política de assistência social.

No *Capítulo 4* foi apresentado o percurso investigativo realizado. Apontaram-se a visão dos sujeitos sobre o BPC como direito; o uso do benefício pelos beneficiários; a maneira como é visto o BPC na perspectiva dos Conselhos Municipais dos idosos e das pessoas com deficiência; os desafios para a inclusão dos beneficiários no Sistema Único de Assistência Social e, por fim, as tensões entre a previdência social e a assistência social no processo de concessão do BPC.

CAPÍTULO 1. O BPC E O DIREITO NÃO-CONTRIBUTIVO

1.1. O BPC EM MOVIMENTO: CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES EM SEU PROCESSO HISTÓRICO

Considera-se o BPC a principal provisão da assistência social concretamente traduzida e regulamentada, um direito constitucional previsto na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 203, inciso V, determina: “A garantia de um salário mínimo de benefício mensal às pessoas com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei”.

Regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº. 8742 de 07 de dezembro de 1993 - LOAS, 1993) e implementado em 1996, isto é, oito anos após a promulgação da Constituição (CF/1988), o BPC foi objeto de debates e embates para nascer e para ser operacionalizado e continua lutando para configurar-se como direito de cidadania.

Vejamos como se iniciou esse processo. O cenário dos anos 80, marcado pela redemocratização da sociedade brasileira após o fim da ditadura militar, foi um período de luta política pela restauração do Estado de Direito e ampliação dos direitos sociais. Daí a CF/1988 ser considerada um marco de abertura para a “era dos direitos” no Brasil. É a partir de então que, pela primeira vez na história brasileira, a assistência social alcança um novo estatuto, qual seja o de política pública de Seguridade Social.

No Capítulo I, em seu art. 1º, a LOAS define:

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

Integrar o tripé da Seguridade Social brasileira, ao lado da previdência e da saúde, significou uma grande expansão para a assistência social por alcançar reconhecimento legal como direito, possibilitando a ruptura com sua forma histórica de operar no campo do favor, da benesse, dos vínculos pessoais, da caridade e da ajuda. Instituir-se como direito, como sistema de proteção social exige-lhe, então, a superação do caráter assistemático, descontínuo e assistencialista que marcaram fortemente sua história.

Ao ser assegurado à assistência social o caráter de política pública, seus usuários se tornam, em tese, detentores de direitos passando da condição de assistidos, carentes, pobres para a condição de sujeitos de direito à proteção devida pelo Estado, o que atribui uma nova

identidade para essa política.

Ora, o BPC inaugura no contrato social brasileiro o direito a um benefício não contributivo, de prestação continuada¹³. Ele é o primeiro mínimo social¹⁴, ou mínimo de cidadania instituído no Brasil com pelo menos 50 anos de atraso se comparado às sociedades européias. Seu caráter inaugural de benefício independente de vínculo de trabalho e contribuição prévia rompe com paradigmas fortemente cristalizados na sociedade brasileira.

Um deles se refere ao direito social que, como construção histórica, aparece como concessão do Estado na época varguista¹⁵, quando se instituem os direitos trabalhistas, remetendo, desta forma, direitos sociais ao trabalho regulado, instituindo-se a cultura do direito vinculada ao seguro, que, por sua vez, decorre do vínculo de trabalho. Outro fator é que os direitos sociais trabalhistas abarcam somente trabalhadores urbanos, fragmentando a sociedade em trabalhadores protegidos e desprotegidos, conforme referido anteriormente.

Os debates e embates que marcaram a instituição do BPC e que envolveram ampla participação, desde parlamentares progressistas, técnicos do governo, especialistas no assunto até movimentos sindicais e populares ligados à defesa dos direitos da criança e do adolescente, idosos e das pessoas com deficiência, demonstram que a arena de conquista de direitos é marcada por conflitos e negociações.

Sabemos que há uma defasagem, uma “imensa fratura” (YAZBEK, 2004a: 26) entre o anúncio da lei e sua real efetivação, principalmente quando nos referimos a direitos sociais.

Uma coisa é um direito; outra, a promessa de um direito futuro. Uma coisa é o direito atual; outra, um direito potencial. Uma coisa é ter um direito que é, enquanto reconhecido e protegido; outra é ter um direito

¹³ Anteriormente ao BPC, vigorava a Renda Mensal Vitalícia (RMV), mas que exigia uma contribuição parcial à previdência social. Criada em 1974, pela Lei 6.179, instituía um amparo previdenciário para maiores de 70 anos e para inválidos, incapacitados para o trabalho. Dentre outras exigências, para ter direito à RMV, era necessário ter contribuído para o INSS por no mínimo 12 meses, consecutivos ou não. O valor da RMV era de meio salário mínimo, sendo alterado para um salário mínimo somente a partir de 1991 com a regulamentação da previdência social (Lei nº. 8213), embora desde 1988 a CF já proibisse a fixação de valores inferiores ao salário mínimo. A RMV foi extinta com a criação do BPC (GOMES, 2001).

¹⁴ Não desconhecemos a polêmica do BPC relacionada ao conceito de mínimo social, porém, este não é o objeto de nossa pesquisa. Para aprofundamento dessa questão, consultar Sposati (2004:125).

¹⁵ A tônica da política estabelecida durante o governo Vargas (1930 a 1945) foi a de organizar as relações entre capital e trabalho via sua “disciplinarização – desde a definição de regras claras para regerem o regime fabril até a articulação da legislação sindical à legislação trabalhista e previdenciária” (PARANHOS, 1999:16). Para tanto, investiu-se na formulação de legislações cujo desenho pautou-se numa política baseada na proposta de um Estado social autoritário que buscava sua legitimação em medidas de cunho regulatório e assistencialista. Essas características apontam a conformação inicial de um sistema de proteção social de tipo conservador ou meritocrático-particularista, com fortes marcas corporativas e clientelistas na consagração de privilégios e na concessão de benefícios (DRAIBE, 1993 *apud* COUTO, 2001:96).

que deve ser, mas que, para ser, ou para que passe do dever ser ao ser, precisa transformar-se, de objeto de discussão de uma assembléia de especialistas, em objeto de decisão de um órgão legislativo dotado de poder de coerção (BOBBIO,1992:83).

É bom que se destaque o que Bobbio nos ensina sobre a efetivação dos direitos sociais, porque estes exigem uma intervenção ativa do Estado, que os realiza por meio de um conjunto de políticas e serviços públicos, que por sua vez dão origem a uma nova forma de Estado, o Estado social.

[...] os direitos sociais exigem, para sua realização prática, ou seja, para a passagem da declaração puramente verbal à sua proteção efetiva [...] **a ampliação dos poderes do Estado** (Ibidem, p.72 - grifo nosso)

Então, é preciso deixar claro que os direitos sociais são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado, ou seja, é no âmbito do Estado que os homens buscam o cumprimento dos direitos sociais.

Estes direitos vêm se constituindo desde o século XIX, mas ganharam evidência no século XX. Ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais (COUTO, 2006:35).

O caráter não-contributivo do BPC, ao romper com o paradigma do direito vinculado ao trabalho, abre o debate da proteção social (pelo menos) a grupos incapazes de prover sua própria subsistência ou tê-la provida por sua família.

A proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência¹⁶. Nesses termos, os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença; velhice, invalidez, desemprego e exclusão (por renda, raça, gênero, etnia, cultura etc.) (VIANA E LEVCOVITZ, 2005:17).

Se os desprotegidos dos direitos sociais trabalhistas, portanto aqueles considerados ‘não cidadãos’, agora conquistam a proteção do Estado, isso implica numa dada forma de Estado.

¹⁶ Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a proteção social é devida aos membros da sociedade por medidas públicas, contra as privações econômicas e sociais sem as quais ocorreria “o desaparecimento ou uma forte redução de renda devido à doença, à maternidade, a acidentes do trabalho ou doenças profissionais, ao desemprego, à invalidez e/ou morte” (OIT – AISS, 2001:9).

Assim como, para Bobbio (1992), Estado social é a forma de Estado que surge a partir das requisições dos direitos sociais e organiza serviços públicos para protegê-los, outras formas de Estado e suas correspondentes políticas sociais apresentam diferentes conteúdos e efeitos sociais.

A organização, pelo Estado, da proteção social condicionada à contribuição salarial produz efeitos sociais a serem considerados. A fragmentação da sociedade entre trabalhadores protegidos e desprotegidos é uma decorrência desse modo de estruturação provocando desigualdades sociais frente às necessidades de reprodução social.

Os elementos básicos desta estratificação social¹⁷ são as desigualdades nas condições e na qualidade do trabalho, no consumo e na proteção social. Assim, não há acesso a serviços da mesma qualidade e na mesma quantidade; o nível das aposentadorias é diferenciado; a proteção à renda em caso de desemprego é díspar (LAURELL, 1997:156).

O que se pretende demonstrar é que, na década de 1980, estávamos num período de restabelecimento da democracia no Brasil, apontando, assim, para a instituição do que poderia ser denominado de uma modalidade de “Estado de Bem-Estar Social”, já que se ampliavam as funções sociais do Estado e, em consequência, o seu caráter redistributivo e de intervenção por meio das políticas públicas, configurando certo padrão de direitos na nossa sociedade.

Mas, o que vamos observar é uma contradição. Ao mesmo tempo em que se registravam avanços em termos de garantias constitucionais no Brasil, no cenário internacional:

Os modelos de Estado social entram em crise, tanto os Estados de Bem-Estar Social quanto o Estado socialista. E deste processo emerge uma crise mais ampla, que desemboca no chamado projeto neoliberal e nas propostas de redução do Estado e de seu papel social. Isto vai ter um impacto muito grande na nossa experiência de democratização das políticas sociais (RAICHELIS, 2000:41).

A partir de então, todo avanço no ordenamento constitucional da proteção social brasileira logo se faz acompanhar de retrocessos. Por quê? Porque na regulamentação da LOAS e, portanto, do BPC, o cenário político era outro, “e a Constituição de 1988 tornou-se o alvo do grande capital”¹⁸.

¹⁷ Estratificação social relevante, por exemplo, entre os trabalhadores rurais e os urbanos, entre os assalariados e não assalariados, entre os de salário mais alto e mais baixo (estigmatizando principalmente o pobre), entre os sexos, entre as diferentes faixas etárias, entre famílias com filhos (*Idem ibidem*).

¹⁸ Nesta afirmação, Netto (1996:104) coloca que a emergência de um projeto de hegemonia, na primeira metade dos anos oitenta, demonstra que as decepções com a ‘transição democrática’, não se traduziram em ganhos materiais

Despeçamo-nos, pois, da efervescência política que acompanhou a década de 80, marcada pelo restabelecimento da ordem democrática e reorganização dos movimentos sociais – quando, face ao alcance de elevados níveis de participação popular, registraram-se lutas democráticas por garantias individuais, por controle público e pela ampliação de direitos sociais – para mergulharmos num período amplamente desfavorável à organização política e à garantia de direitos. Estamos falando da década de 1990 e do aprofundamento do neoliberalismo no Brasil.

O neoliberalismo se assenta num projeto ideológico, político e econômico que defende a liberdade dos mercados, condena a regulação estatal¹⁹ e o Estado social. Desta forma, as políticas sociais são alvo de críticas pelos liberais, especialmente se remeterem a direitos universais, já que estas interferem no funcionamento do livre mercado, princípio fundamental da ideologia liberal.

Já na década de 70 do século XX, registra-se a primeira recessão generalizada do padrão capitalista monopolista, fundado num regime de acumulação rígida (fordista), demarcando o fim das três décadas gloriosas de crescimento que sustentaram o pacto de classes expresso pelo *Welfare State*. Para atender ao novo padrão capitalista de acumulação flexível (HARVEY, 1992), reajustes são necessários dando início a importantes transformações societárias.

[...] a flexibilização vem sendo perseguida pelo grande capital, hipertrofiando as atividades de natureza financeira (resultado seja da superacumulação, seja da especulação desenfreada), cada vez mais autonomizadas de controles estatais-nacionais e dotadas, graças às tecnologias da comunicação, de extraordinária mobilidade espaço temporal. Simultaneamente, a produção segmentada, horizontalizada e descentralizada – a “fábrica difusa” – que é estimulada em vários ramos, propicia uma mobilidade (ou desterritorialização) dos pólos produtivos, encadeados agora em lábeis redes supranacionais, passíveis de rápida reconversão (NETTO, 1996:91).

Essas transformações, agudizadas pela globalização financeira, trouxeram mudanças importantes para o mundo do trabalho (reestruturação produtiva), quer seja no processo de

para a massa da população, mas fortaleceram os interesses do grande capital e a força do conservadorismo da sociedade brasileira, o que, aliados aos condicionantes macroeconômicos do capital transnacional e aos vetores ídeo-culturais da ofensiva neoliberal em escala mundial, colocaram o ordenamento constitucional de 1988 na contracorrente desse processo.

¹⁹ Mézaros (2006:38 -39) contrapõe-se a esta concepção ao considerar que o Estado não perde o *poder de regulação* no neoliberalismo, mas, ao contrário, regula a política e a economia, desta vez, não para defender apenas seus próprios interesses, mas também e principalmente os interesses dos detentores do capital (dos meios de produção e do mercado financeiro). Para o referido autor, o próprio neoliberalismo teria criado esse discurso de que o Estado é enfraquecido, difundindo o que ele chamou de ‘mitologia neoliberal’.

organização da produção (revolução informacional), na organização dos trabalhadores (heterogeneidade de classe) ou nos direitos por ele conquistados (regressão de direitos trabalhistas e sociais

A flexibilização do mercado de trabalho, a partir do momento que estimula a concentração do capital em grandes grupos (oligopólios) e a desconcentração da produção, gera como resultado o desemprego, o aumento da pobreza e, em consequência, restrição aos direitos trabalhistas e sociais.

A opção pelo ajuste econômico no Brasil, como em outros países, sobretudo nos denominados emergentes, teve como consequência a estagnação do crescimento econômico, a precarização e instabilidade do trabalho, o desemprego e o rebaixamento do valor da renda do trabalho, com consequente ampliação e aprofundamento da pobreza, que se estende, inclusive, para os setores médios da sociedade (SILVA, YAZBEK E GIOVANNI, 2004:23).

Assim sendo, o neoliberalismo defende os direitos civis, principalmente o direito à propriedade privada. Nesta concepção, “só na sociedade de livre mercado os indivíduos podem se desenvolver plenamente, optar sobre o que fazer e o que não fazer, sem que exista uma autoridade (no caso o Estado) para que lhes imponha o que deve ser feito”. (PASTORINI, 2004).

Ou seja, há uma comunhão entre o modo de regulação social defendido pelos neoliberais (Estado mínimo para o trabalho) e a produção flexível. Desta forma, quando esta lógica é levada para o Estado, desencadeia modificações tanto na estruturação das instituições estatais como na forma de prestar serviços. Daí o caráter assistencialista das políticas sociais que se propõem no neoliberalismo, uma vez que o interesse reside na prestação de um serviço eventual e descontinuado e não no direito reclamável.

Diante deste contexto adverso para a política social na década de 1990, é possível acompanhar as restrições que se processaram em relação à assistência social enquanto política de direitos e, em especial ao BPC, e que, por certo, não traduzem a seguridade social brasileira definida na Carta constitucional.

O conjunto de critérios adotados na regulamentação do benefício demonstra claramente o “empreendimento” para sua restrição.

Observemos o texto regulamentado²⁰:

²⁰ Com as alterações incluídas pela lei nº. 9720, de 30.11.1988:

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§1º Para os efeitos do disposto no **caput**, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa, a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

§ 5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou do portador de deficiência ao benefício.

§ 6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

§ 7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura.

§ 8º A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido (BRASIL, 1993).

Destaca-se que os critérios de elegibilidade que foram definidos, como a elevada idade estabelecida inicialmente em 70 anos²¹, o conceito de família adotado da lógica previdenciária²², a incapacidade atestada de antemão em relação à pessoa com deficiência, o corte de renda estabelecido por meio do *per capita* de ¼ do salário mínimo, o impedimento da combinação do benefício com outro em pecúnia e o exame médico pericial restrito ao âmbito da previdência demonstram o caráter seletivo, residual e excludente que foi impresso ao BPC²³, desconfigurando o caráter de universalidade assegurado na CF/1988.

É importante ressaltar que a Constituição Federal em seu art.203 disciplina que a

²¹ A idade exigida regrediu de 70 anos para 67 anos com a Lei nº. 9720 de 30 de novembro de 1988 e de 67 anos para 65 anos a partir de janeiro de 2004, com a aprovação do Estatuto de Idoso.

²² Esse conceito define como dependentes economicamente pessoas com menos de 21 anos e que não trabalham e adultos incapazes para trabalhar, os denominados “inválidos”, e contribui para distorcer o público alvo do benefício.

²³ Análises detalhadas dos critérios podem ser encontradas nos estudos de Sposati (2004) e Gomes (2001). Em relação aos critérios adotados para a pessoa com deficiência ver também análise de Fávero (2004).

“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 com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

Desta forma, ao tornar sujeitos de direitos à assistência social todos aqueles que dela necessitarem, a CF/1988 não criou restrições para o seu acesso, deixando claro que foi a LOAS, legislação ordinária que regulamentou a assistência social, que lhe impôs restrições, fazendo emergir a indagação: pode uma legislação infraconstitucional contrariar as disposições expressas na Carta Maior? Pois o que se observa é que:

Ao exigir a comprovação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho, bem como a renda *per capita* familiar inferior a ¼ do salário mínimo, a LOAS estabeleceu um corte que criou uma legião de excluídos sociais (SANTOS, 2004:80).

Não restam dúvidas de que, ao estabelecer esse corte de seletividade – “*less eligibility*” – houve um esvaziamento em relação ao conteúdo do benefício constitucionalmente previsto, colaborando para sua forte restritividade, atendendo, assim, aos preceitos neoliberais que negam a perspectiva dos direitos sociais universais.

Contudo, cabe perguntar: como avançar no significado e na afirmação do BPC como direito social não-contributivo numa sociedade capitalista, neoliberal e conservadora, como é o caso da sociedade brasileira? Poderia o Sistema Único de Assistência Social contribuir para esse avanço? De que forma? Em que medida?

Apesar da conjuntura restritiva ou mesmo avessa aos direitos, registram-se importantes avanços em relação ao BPC desde sua implementação

Os ganhos advindos com a aprovação do Estatuto do Idoso certamente são aqui considerados²⁴, assim como a recente aprovação do novo decreto de regulamentação do

²⁴ Além da idade para concessão do BPC ser definida em 65 anos conforme já nos referimos anteriormente, o Estatuto do Idoso também permitiu que no cálculo da renda *per capita* para o acesso da pessoa idosa não seja considerado o valor do benefício já concedido a outra pessoa idosa da mesma família.

BPC²⁵. Oportuno demonstrar também sua evolução com relação à cobertura e gastos, observando-se dois dados muito significativos nos quadros a seguir.

Tabela 1. Dados referentes à concessão do BPC no Brasil

ANO	IDOSOS	PCD	TOTAL
1996	41.992	304.227	346.219
2007	1.295.716	1.385.107	2.680.823
2008	1.423.790	1.510.682	2.934.472

FONTE: www.mds.gov.br (2008). Elaboração própria.

Quadro 2. Dados referentes aos gastos do BPC no Brasil

ANO	GASTOS (em R\$)
1996	172.342.940
2007	11.584.344.925
2008	13.785.788.691

FONTE: www.mds.gov.br (2008). Elaboração própria.

Saltar de 346.219 beneficiários, registrados ao final de seu primeiro ano de implantação, para quase 3 milhões de beneficiários, em dezembro de 2008, revela o expressivo aumento que o BPC alcançou ao longo dos últimos 12 anos, demonstrando, assim, que não é possível desprezar a cobertura de seu público alvo, já que se trata de idosos e de pessoas com deficiência vivendo abaixo da linha da pobreza, ou seja, na linha de indigência²⁶ ou com renda familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo²⁷. Isso coloca o debate, ainda

²⁵ O decreto nº.6.214, de 26 de setembro de 2007, trouxe alterações importantes na gestão e nos critérios de concessão do BPC, atendendo a demandas antigas, principalmente no que se refere às dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência. Aponta substanciais mudanças na relação entre a Assistência Social e o INSS, estabelecendo as competências de cada órgão e esfera de governo. Deixou claro que o BPC integra o Sistema Único da Assistência Social retirando-o assim da situação de “apartado” da política de assistência social. Novo decreto de regulamentação do BPC, nº.6.564 foi publicado em 12 de setembro de 2008 estabelecendo o prazo até 31 de maio de 2009 para que seja implantada a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade. Isso foi necessário porque o INSS não realizou concurso público para os assistentes sociais em tempo hábil para que a avaliação entrasse em vigor em julho de 2008. Vale ressaltar que inicialmente estavam previstas 1.600 vagas para o concurso e foi preciso intensa mobilização da categoria dos assistentes sociais por meio do Conselho Federal de Serviço Social para que 900 vagas fossem aprovadas. O concurso está previsto para ser realizado no dia 11 de janeiro de 2009.

²⁶ Para as políticas públicas brasileiras, considera-se que os indivíduos em situação de indigência são aqueles cuja renda *per capita* é inferior a ¼ de salário mínimo. O grupo identificado como pobre é aquele cuja renda situa-se entre ½ e ¼ do salário mínimo (JACCOUD, 2007).

²⁷ O BPC é o segundo maior programa de transferência de renda do Brasil, só perdendo em cobertura para o Programa Bolsa Família (PBF) do Governo Federal. Ressaltamos, porém, que o BPC é um direito constitucional

sem consenso na literatura, sobre o potencial dos Programas de Transferência de Renda – PTR²⁸ como instrumentos que contribuem para a redução dos níveis de pobreza.

Faz-se necessário assinalar que os PTR constituem-se em um dos instrumentos que integram um sistema de proteção social, mas uma rede de proteção social não pode prescindir da articulação continuada entre programas, serviços e benefícios. Por isso, torna-se tarefa imperiosa a ampliação de serviços públicos de qualidade que efetivem os direitos sociais assegurados pela Constituição Federal de 1988

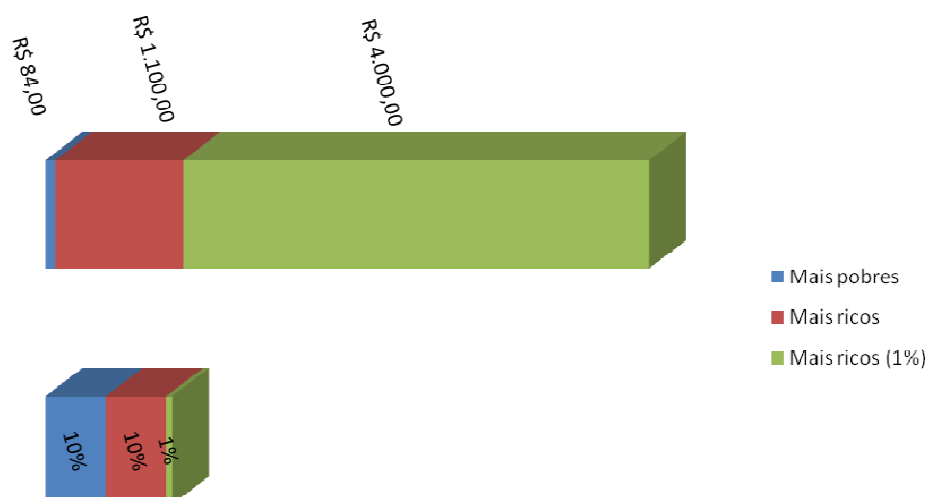
Em relação ao índice de Gini, que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*, houve uma redução no período de 2001 a 2007. Em 2001, o índice estava em 0,593 e, em 2007 passou a 0,552²⁹, o que corresponde a uma taxa de redução média anual de 1,2%. Apesar da tendente redução, a PNAD 2007 aponta que a diferença entre os mais ricos e os mais pobres continua grande. Em 2007, a renda *per capita* mensal dos 10% mais pobres era de R\$ 84,00, a dos 10% mais ricos, R\$ 1.100,00, e a renda *per capita* mensal da fatia da população 1% mais rica (1%), era de R\$ 4.000,00.

o que o diferencia de um programa de governo. O valor pago mensalmente é de um salário mínimo, enquanto o PBF paga de R\$20,00 a R\$182,00. Para conhecer mais dados em relação ao PBF, veja o site: www.mds.gov.br.

²⁸ Os programas de transferência de renda representam elemento central na constituição atual do Sistema Brasileiro de Proteção Social proposto pelo Governo Federal. “Trata-se de um esforço articulador de programas, notadamente compensatórios, tendo como eixo duro programas nacionais de transferência de renda”, destacando-se dentre eles, o BPC. Sobre esse tema ver: Silva, Yazbek, Giovanni (2004). Aproveito para destacar que o Programa de Garantia de Renda Familiar Mínima (PGRFM), implantando em Campinas em 1995, foi um dos pioneiros nas políticas de transferência de renda no Brasil. Atualmente este programa, atende uma média de 3.050 famílias por ano, sendo o valor médio do benefício transferido de R\$ 113,00 (cento e treze reais) por família.

²⁹ O valor do índice varia de 0, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima. Fonte: IBGE, PNAD (2007).

Gráfico 1. Massa de rendimento domiciliar *per capita* real por grupos em 2007



Fonte: IBGE/PNAD 2007. *Elaboração própria.*

Conforme apontado, houve um aumento real do valor do salário mínimo em nosso país nos últimos anos, o que coloca um velho debate em torno do BPC. Trata-se da sua vinculação ao valor do salário mínimo e das inúmeras iniciativas de encaminhamentos de projetos de lei com o intuito de romper essa relação.

Estudo de Medeiros, Diniz e Squinca (2006) demonstra que a determinação do salário mínimo relaciona-se fortemente com o sistema previdenciário e não apenas com o funcionamento do mercado de trabalho, o que certamente explicita as controvérsias que cercam essa discussão, e expõe também a “polarização” entre a assistência e a previdência. Ademais, “o salário mínimo é usado como patamar para boa parte do sistema previdenciário e qualquer mudança em seu valor tem implicações diretas no orçamento fiscal”³⁰. (p.07)

Essas questões serão retomadas quando da discussão dos dados da pesquisa realizada. Contudo, não podemos deixar de ressaltar que, além de a definição do valor do salário

³⁰ Os benefícios monetários pagos pela seguridade social são, em sua maioria, no valor de um salário mínimo. De fato, 62,7% dos benefícios previdenciários e 99,5 % dos benefícios assistenciais pagos em 2006 tinham o valor de até um salário mínimo. Somados, os beneficiários do BPC e do Regime Geral da Previdência Social que recebem até 1 s. m., representam 2/3 do total, sendo que o montante para pagamento de seus benefícios responde por apenas 42% do montante total despendido. Fonte: Boletim Estatístico da Previdência Social – vol. 11 n. 12 In: Ministério da Previdência Social Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Coleção Previdência Social; v. 28. Brasília, 2008.

mínimo sofrer grande influência do cenário político, o BPC é a única transferência de renda que alcança este valor.

Longe de querer analisar o BPC pelos seus limites, mas sem desconsiderar a importância de seu aprimoramento, enfatizo nessa análise seu significado enquanto componente da política de seguridade social brasileira e os avanços em direção à sua afirmação como direito social não-contributivo. Nesse sentido, concordamos com Sposati (2004: 129), quando afirma que o BPC é um marco na extensão do contrato social brasileiro, e um avanço num país cuja marca principal é a desigualdade social. Porém, é preciso demarcar que sua extensão e aperfeiçoamento dependem, da mesma forma, da visibilidade e da luta contra a hegemonia neoliberal que nega a perspectiva dos direitos e de sua universalização.

1.2. SIGNIFICADOS DO DIREITO NÃO-CONTRIBUTIVO: SEGURIDADE SOCIAL, CULTURA POLÍTICA E CIDADANIA

A liberdade e a igualdade dos homens não são um dado de fato, mas um ideal a perseguir, não são uma existência, mas um valor, não são um ser, mas um dever ser". (BOBBIO, 1992:46).

Discutir o Benefício de Prestação Continuada como um direito não-contributivo da política de assistência social remete a indagações, como: O que são direitos sociais não-contributivos? Quais os seus fundamentos? Quais as suas particularidades em relação aos direitos contributivos? Que características apresentam? Como se realizam? Em que condições surgem? A quem se destinam? Que desafios enfrentam num país que teve como marca a *cidadania regulada*?

O sentido do não-contributivo é adotado na proteção social como forma de distinção da previdência social ou do seguro social. Neste caso, os benefícios são acessíveis quando há filiação ao regime previdenciário, isto é, há uma contribuição pré-paga. O caráter não-contributivo quer dizer que não há pagamento específico para obter aquele benefício ou serviço. Seu acesso é custeado pelo financiamento público, cuja receita provém de taxas e impostos, constituindo-se assim num rateio de custos e custeio entre todos os cidadãos (SPOSATI, 2007: 6).

O sentido não-contributivo também pode ser analisado do ponto de vista econômico, como o acesso a algo fora das relações de mercado, isto é, desmercadorizado ou

desmercantilizado. Ou seja, a desmercadorização ocorre quando a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado (ESPING-ANDERSEN, 1991).

Os benefícios previdenciários dependem de contribuições e, conseqüentemente, de vínculos formais de trabalho e emprego. Como então oferecer alternativas à dependência em relação ao mercado?

Nos estudos desenvolvidos por Esping-Andersen (1991; 1996), de modo a identificar e classificar os “modelos de *Welfare State*”, o conceito de desmercadorização³¹, entendido enquanto “o grau segundo o qual aos indivíduos ou às famílias é possível manter um nível de vida socialmente aceitável, independentemente da participação no mercado” (ESPING-ANDERSEN, 1990: 37 *apud* SILVA, 2002), aparece como determinante em sua análise.

Por considerar tal nível de vida revelador da evolução e do desenvolvimento dos Estados de bem-estar, e entendê-los como conseqüência das diferentes respostas a pressões com vistas à desmercadorização, o referido autor identificou três modelos distintos de *Welfare State*: **o social democrata**, exemplificado pelos países escandinavos, e que se caracteriza pelo universalismo e por uma importante redução no papel do mercado no âmbito do bem-estar social; **o conservador-corporativo**, exemplificado pela Alemanha e pela Itália, que se baseia nos direitos sociais, mas que perpetua uma diferenciação social importante, e que envolve efeitos redistributivos mínimos; e **o liberal**, exemplificado pelos EUA, Canadá e Inglaterra, que é dominado pela lógica de mercado³².

Em que pese o anúncio de crises e mesmo da falência das experiências da proteção social, esses diferentes modelos continuam atuantes e suas reformas recentes, no caso dos países mais desenvolvidos, têm revelado, sobretudo, seus esforços no sentido de se adaptarem às mudanças ocorridas nos mercados de trabalho (JACCOUD, 2007, p.3).

No caso brasileiro, a CF de 1988, ao instituir a seguridade social como sistema de proteção social, objetiva o estabelecimento de uma série de medidas públicas contra privações econômicas e sociais, sejam decorrentes de riscos sociais – enfermidade, maternidade, acidente de trabalho, invalidez, velhice e morte – sejam em decorrência de situações

³¹ Na análise de Silva (2002), este conceito é uma ferramenta que visa captar a capacidade dos “estados providência” ou “estados de bem-estar” para enfraquecer a supremacia da relação mercadorizada, resultante da participação formal dos indivíduos no mercado de trabalho.

³² A Constituição Federal brasileira, ao inaugurar uma lógica conceitual inteiramente nova, baseia-se nos princípios do *Welfare State* de recorte social democrata.

socioeconômicas como desemprego, pobreza ou vulnerabilidades. A carta constitucional também é inovadora ao estabelecer que essas privações econômicas e sociais devem ser enfrentadas com oferta pública de serviços e benefícios que permitam a manutenção da renda, assim como o acesso à atenção médica e socioassistencial (*idem*, p. 5).

É importante ressaltar que grande parte dos artigos da Constituição Federal não são auto-aplicáveis, exigindo assim regulações complementares, isto é, leis ordinárias infra-constitucionais para que a população possa acessar os direitos garantidos no texto constitucional.

Para a realização dos direitos do homem, são freqüentemente necessárias **condições objetivas** que não dependem da boa vontade dos que a proclamam, nem das boas disposições dos que possuem os meios para protegê-los (BOBBIO, 1992:44, grifo nosso).

É a partir do reconhecimento da assistência social como política pública de responsabilidade do Estado e da regulamentação da Lei Orgânica da Assistência Social (lei nº. 8743/92) que o BPC foi regulamentado, instituindo, desta forma, uma renda independente de contribuição prévia, ou seja, um direito não-contributivo para idosos e pessoas com deficiência em situação de extrema pobreza. Porém, tal fato não pode ser visto de forma isolada. É preciso observar a relação desse tipo de direito com os fundamentos e os objetivos expressos na Carta Maior. Caminhemos nos artigos de nossa CF.

No Título 1 da CF, “Dos Princípios Fundamentais”, veremos que o artigo 1º define que:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direitos e tem como fundamentos:

- I- a soberania;
- II- a cidadania;
- III- a dignidade da pessoa humana;
- IV- os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V- o pluralismo político.

Parágrafo único: todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 1988).

Em primeiro lugar, é preciso destacar, conforme citado, que vivemos num **Estado Democrático de Direito** que, de acordo com Dallari (1998), emerge no século XVIII através dos valores fundamentais da pessoa humana, da exigência de organização e funcionamento do Estado enquanto órgão protetivo daqueles valores. O paradigma do Estado Democrático de Direito reclama um direito participativo, pluralista e aberto (CARVALHO NETTO, 2000:

481)³³.

O artigo 3º da Constituição Federal define que constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II- Garantir o desenvolvimento nacional;
- III- Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV- Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Então, se os fundamentos do Estado Democrático de Direito têm por base a dignidade da pessoa humana, e se um dos objetivos é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, por que constitui tarefa tão difícil efetivar direitos numa sociedade como a brasileira que, apesar do discurso da igualdade, carrega a marca da desigualdade social?

[...] mas tal Estado de Direito não se realiza apenas com a garantia jurídico-formal desses direitos e liberdades, expressa em documento solene. Quanto a eles, o Estado de Direito determina sua proteção formalizada e institucionalizada na ordem jurídica e, principalmente, reclama a presença de mecanismos sócio-econômicos dirigidos e planejados com a finalidade de atingir a concretização desses direitos (VIEIRA, 2004:133).

Podemos então compreender que a criação da seguridade social brasileira, como um dos instrumentos constitucionais disciplinados pela Ordem Social para o implemento do bem-estar e da justiça sociais (SANTOS, 2004:78), constituiu-se em campo fértil para a concretização desses direitos, pois:

Pela primeira vez um texto constitucional é afirmativo no sentido de apontar a responsabilidade do Estado na cobertura das necessidades sociais da população e, na sua enunciação, reafirma que essa população tem acesso a esses direitos na condição de cidadão (COUTO, 2006:161).

Por meio da seguridade social, estabelece-se uma direção para a universalização da proteção social, quando propõe

[...] uma proteção aos riscos estendida a toda a população, uniforme em

³³ No processo de elaboração e de garantia legal no campo dos direitos, dois documentos são centrais: a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão pela Assembléia Nacional Constituinte Francesa em 1789, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU em 1948 (COUTO, 2006:36). Mas, o delineamento de uma ordem pública mundial, fundada no respeito à dignidade humana, tem sua origem na consolidação, em âmbito internacional, da Declaração Universal dos Direitos Humanos e representou um consenso sobre os valores de cunho universal a serem seguidos pelos Estados (PIOVESAN, 2002:130-131). Nas palavras de Bobbio (1992:23), “se a maioria dos governos concordou com uma declaração comum, isso é sinal de que encontraram boas razões para fazê-lo”.

suas prestações e em sua organização institucional, cujo acesso independe de contribuição passada ou de filiação a caixas de seguro. A seguridade social está identificada com a solidariedade ao indivíduo nas situações em que se encontra em dificuldades de prover o seu sustento ou de provê-lo adequadamente (JACCOUD, 2007:2 e 3).

O artigo 194 da CF estabelece que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988). Além disso, o parágrafo único do mesmo artigo determina que:

Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I- Universalidade da cobertura e do atendimento;
- II- Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III- Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V- Equidade na forma de participação no custeio;
- VI- Diversidade da base de financiamento;
- VII- Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com a participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados³⁴ (BRASIL, 1988).

Nos artigos subseqüentes, a CF-88 determina o estabelecimento e o funcionamento da seguridade social. Desta forma, a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado, a previdência será devida mediante contribuição, enquanto a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição.

É a introdução da assistência social como uma das pontas do tripé da seguridade da seguridade social brasileira que faz emergir o conceito de proteção social esboçado na CF. Pereira (2000:16) assinala que o conceito de proteção social é amplo e abrange a *seguridade social* (ou segurança social), o *asseguramento* ou *garantias* à seguridade e *políticas sociais*.

A primeira constitui um sistema programático de segurança contra riscos, circunstâncias, perdas e danos sociais cujas ocorrências afetam negativamente as condições de vida dos cidadãos. O asseguramento identifica-se com as regulamentações legais que garantem ao cidadão a seguridade social como direito. E as políticas sociais constituem uma espécie de política pública que visa concretizar o direito à seguridade social, por meio de um conjunto de medidas, instituições, profissões, benefícios, serviços e recursos programáticos e financeiros. Neste sentido, a proteção social não é sinônimo de tutela nem deverá estar sujeita a arbitrariedades, assim como a política social – parte integrante

³⁴ Inciso VII com redação determinada pela Emenda nº 20, de 15 de dezembro de 1998. BRASIL, 1988. 4ª edição atualizada e ampliada. Ed. Saraiva. São Paulo. 2008.

do amplo conceito de proteção – poderá ser denominada de política de proteção social.

Desta forma, como componente da seguridade social, esta política vincula-se ao campo da proteção social, o que não quer dizer que este campo confira-lhe exclusividade. Nem todas as políticas sociais são de proteção social, mas as políticas sociais são políticas de direitos, especialmente as de seguridade.

O deslocamento do campo particular para a universalização dos direitos trazido pela seguridade social é um aspecto importante a ser ressaltado, se analisarmos o percurso desta construção histórica.

No século XIX, com o avanço da industrialização, ampliam-se as situações de vulnerabilidade e de insegurança social na mesma medida em que se expandem as relações de trabalho assalariadas. Ou seja, com a industrialização e a urbanização das sociedades modernas, ampliou-se o risco de as famílias de trabalhadores caírem na miséria em decorrência da impossibilidade de obter um salário no mercado de trabalho. As causas dessas impossibilidades poderiam ser múltiplas, tais como doença, velhice, desemprego e morte, e passaram a ser chamadas de “risco social” (JACCOUD, 2007:2). Diante das transformações trazidas pelo processo de industrialização, que ampliaram as situações de risco social, a sociedade, que até então contava com a garantia de proteção social advinda das redes de solidariedades tradicionais de base familiar ou comunitária, passa a reclamar do Estado a tarefa de atuar na garantia da proteção. Esta proteção se daria por meio de mecanismos que garantissem renda, quando esta não pudesse ser acessada pelo trabalho, e pela oferta de serviços e benefícios que traduzissem certo patamar de bem-estar.

Concordo com Sposati (2007:2) quando define que:

Uma política de proteção social compõe o conjunto de direitos de civilização de uma sociedade e/ou o elenco das manifestações e das decisões de solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros. Ela é uma política para a preservação, a segurança, e o respeito à dignidade de todos os cidadãos.

Assumir a proteção social como direito de todos os cidadãos expressa a solidariedade de uma sociedade com os indivíduos que se encontram em dificuldades para prover adequadamente o seu sustento, o que significa uma ruptura com a cultura estabelecida durante décadas, na qual a proteção social brasileira dirigiu-se somente aos trabalhadores formais, por meio do seguro previdenciário. É por isso que a introdução de um benefício não contributivo,

de prestação continuada como é o caso do BPC, demarca uma nova relação que se institui entre o Estado e a sociedade, fundada na concepção da *cidadania universal*, ou seja, demarca a mudança na referência dos direitos sociais, que deixa de ser o trabalho assalariado regulamentado, passando a ser a cidadania. Mas de que cidadania está se falando?

Desde os anos de 1930, a referência dos direitos sociais teve como centralidade o trabalho assalariado, e, por meio dele, se implementou a política previdenciária brasileira³⁵.

Direitos sociais no Brasil se organizaram via legislação trabalhista, ou seja, pela instituição do seguro social garantido pelo Estado, no qual trabalhadores e empregadores, por meio de cotas, contribuem para um fundo que garanta a sobrevivência quando há perda de capacidade de trabalho.

Ou seja, o sistema de proteção social baseado na lógica do seguro é uma resposta de cobertura dos riscos sociais ou de situações que poderiam conduzir a eles. A contribuição torna o segurado um portador de direitos; não importa o que lhe aconteça, ele terá direito à previdência, mesmo que esse direito não seja correspondente à sua necessidade, já que estamos falando de um sistema cuja contribuição é proporcional ao salário.

Se de um lado esse sistema inscreve a população trabalhadora em uma ordem jurídica universalista associada ao direito do trabalho, retirando-a “do arbítrio do poder patronal” que vigorava até então, por outro exclui os grupos sociais que não participam do mercado de trabalho regulado.

Conforme elucida Vera Telles (2006: 91),

Trata-se de um peculiar modelo de cidadania, dissociado dos direitos políticos e também das regras da equivalência jurídica, tendo sido definida estritamente nos termos de proteção do Estado, através dos direitos sociais, como recompensa ao cumprimento com o dever do trabalho.

A questão que se impõe é que, tendo como centralidade o trabalho assalariado, os trabalhadores não participantes da “sociedade salarial” ficavam totalmente desprotegidos, evidenciando, desta forma, que cidadão era apenas o indivíduo que possuía “carteira assinada”, cujo significado se assimilava a uma “certidão de nascimento cívico”.

[...] através do trabalho o indivíduo passava a ter existência civil e se transformava em cidadão a quem o Estado oferecia a proteção dos direitos sociais; através do trabalho, o indivíduo ganhava personalidade moral enquanto prova de compromisso com a Nação; através do trabalho,

³⁵ Ver, por exemplo, Boschetti, 2006.

finalmente, o indivíduo ganhava identidade social enquanto atributo de honestidade que neutralizava o estigma da pobreza. (GOMES *apud* TELLES, op.cit.: 124.)

Em decorrência desse modelo, Wanderley Guilherme dos Santos (1979:75) cunhou o conceito de “cidadania regulada”:

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação social é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade.

Então, um modelo de proteção social que se refere somente a uma parcela da sociedade que tem uma posição ocupacional reconhecida e definida por lei, e cuja renda é obtida pela inserção na estrutura produtiva, é um modelo que se distancia da *sociedade salarial* (CASTEL, 2004:243), do pleno emprego e da universalização da proteção social, e que se associa a um modelo de “Estado de bem-estar ocupacional”, conforme designação de Sposati (1991:15).

Ademais, como afirma Sônia Fleury (2006), as instituições responsáveis pela prestação dos serviços e benefícios tendem a ser financiadas com base na contribuição salarial, além de aportes específicos do Estado, submetendo-se, desta forma, a uma lógica de acumulação. Nesse sentido, na análise da citada autora:

Essa forma de proteção geral não envolve questões sobre equidade, justiça social e redistribuição de renda entre a população beneficiária, já que o mecanismo básico da política social tende a perpetuar as desigualdades inerentes à estrutura produtiva (FLEURY, 2006: 45).

Mas, a crise da *sociedade salarial*, ao não produzir um assalariamento generalizado da população economicamente ativa, fragiliza as proteções sociais e amplia a probabilidade dos riscos.

No Brasil, a informalidade nas relações de trabalho e a não consolidação de uma condição social generalizada não apenas significam a ausência de garantia de direitos sociais, mas também colocam em questão a própria relação entre cidadania salarial e cidadania social (BOSCHETTI, 2006:90).

Concordo com Jaccoud (2007:7), quando conclui que a não expansão do assalariamento brasileiro impôs limites à ampliação do seguro como política central do nosso

sistema de proteção social, exigindo uma atuação mais efetiva da âncora da solidariedade. Daí a emergência da seguridade social brasileira.

Apesar de, no Brasil, o crescimento econômico e a industrialização terem trazido importantes transformações na estrutura econômica e social, diversos autores concordam que esses dois processos não foram suficientes para provocar a redistribuição da riqueza e a redução das desigualdades. Ao contrário, a sociedade brasileira caracteriza-se pela sua forte concentração de renda, pela tendência ao crescimento da informalidade e pela exclusão de uma imensa parcela da população das proteções diretamente ligadas ao trabalho. Segundo Boschetti (Op.cit., pg.91-92), essa situação parece ter tido impacto na mudança de direção da ação social do Estado, e a noção de direitos de cidadania começou a ser concebida, reivindicada e materializada sem relação direta com o trabalho assalariado e com os direitos políticos.

Os direitos sociais começaram a ser reivindicados com base no pertencimento à comunidade nacional e não com base no direito ao trabalho (*cidadania regulada*). A desigualdade de acesso aos direitos sociais entre cidadãos de um mesmo país se tornou inaceitável, sendo então a igualdade uma necessidade inadiável (*Idem*, pg.92).

Diante deste cenário, têm início duas lógicas de proteção social no Brasil: a lógica do seguro contributivo, representado pela política previdenciária que tem por referência o trabalho, e a lógica não-contributiva, representada posteriormente, pela saúde e pela política de assistência social³⁶, que tem por referência a cidadania.

A cidadania referenciada pelos direitos e deveres e ancorada na existência de um Estado nacional é uma categoria assentada na noção de igualdade (JACCLOUD, 2007: 9) e de justiça. Conforme Telles (2006), é essa referência que diferencia o discurso da cidadania do discurso humanitário, pois direitos e cidadania significam um modo de nomear (e imaginar) as formas pelas quais as relações sociais podem ser reguladas e construídas regras civilizadas de sociabilidade (TELLES, 2006:15).

O debate sobre as políticas de proteção social e seu impacto na construção de um novo

³⁶ A primeira tentativa de tratar igualmente os cidadãos de diversas categorias específicas foi a extensão da previdência aos trabalhadores rurais. O conhecido FUNRURAL, embora criado em 1963, iniciou seu funcionamento somente em 1971. Os trabalhadores não precisavam contribuir para a previdência, somente os empregadores pagavam um imposto destinado a financiar o FUNRURAL. Ainda que a base do direito fosse a cidadania e que a denominação “previdência rural” equivalesse a previdência urbana, os benefícios repassados aos trabalhadores rurais tinham como pressuposto uma lógica assistencial. Na realidade, tratava-se de introduzir o princípio da garantia de mínimos sociais de existência em oposição à lógica dos benefícios previdenciários (BOSCHETTI, 2006:93).

patamar de direitos – os direitos sociais – e de uma nova dimensão da cidadania – cidadania social – não apenas estariam diretamente vinculados às dimensões política e civil da democracia, mas seriam a base mesma de organização dos Estados modernos (JACCOUD, 2007: 9). Ou seja, a igualdade e a justiça como referência da cidadania são determinantes para o alcance da democracia plena.

Mas existem diferentes formas assumidas pela proteção social que podem ser separadas a partir do contexto social e político no qual tiveram origem, desde o surgimento do Estado moderno, conforme assevera Fleury (2006:43), enfatizando que, além da diferenciação do contexto no qual emergiram, suas modalidades são marcadas por esses mesmos contextos, o que diferencia suas relações políticas, jurídicas e institucionais. Considerando-se que *assistência social*, *seguro social* e *seguridade social* são formas de proteção social (RIMLIMGER, 1971 *apud* FLEURY, op.cit., p.43), é a partir da assistência social – cuja origem se dá em um contexto liberal, que reduz a intervenção do Estado aos *incapazes* de prover sua sobrevivência pela via do mercado – que a situação de necessidade é reconhecida como um problema do necessitado, dando origem as chamadas “ações compensatórias”. Diante dessa concepção, Sônia Fleury (2006) cunhou o conceito de *cidadania invertida*.

A natureza compensatória e punitiva dessas medidas evidencia-se, por exemplo, na perda de direitos inerentes à condição de cidadania [...], ou em restrições de ordem simbólica, como os rituais de degradação, os atestados de miséria, etc. a que são submetidas as famílias carentes. Trata-se, portanto de uma relação de *cidadania invertida*, já que o indivíduo passa a ser beneficiário do sistema pelo motivo mesmo do reconhecimento de sua incapacidade de exercer plenamente a condição de cidadão. Nesta condição política de cidadania invertida, o indivíduo entra em relação ao Estado no momento em que se reconhece como não-cidadão (FLEURY, 2006:44).

São denominados pré-cidadãos ou cidadãos de segunda classe (SANTOS, 1987) todos os que não têm registro em carteira de trabalho. Vera Telles (2006:90) argumenta que este é um modelo de cidadania que não construiu a figura moderna do cidadão referida a uma noção de indivíduo como sujeito moral e soberano nas suas prerrogativas políticas na sociedade.

Se conceber o indivíduo desta maneira significa reconhecer seu pertencimento, seu lugar na sociedade como membro da comunidade, faz-se necessário enfatizar a tradição histórica e cultural de nosso país para melhor compreensão desse aspecto. Apoiando-se nos estudos de Paoli (1989) e Chauí (1987), Telles (2006) enfatiza o peso da tradição de um país com passado escravagista como o Brasil, e que fez sua entrada na modernidade

capitalista no interior de uma concepção patriarcal de mando e autoridade. Esta concepção traduz diferenças e desigualdades no registro de hierarquias que criam a figura do *inferior*, que tem o dever da obediência e merece o favor e a proteção, mas jamais direitos.

A citada autora reforça ainda que essa tradição assume várias formas de expressão, tais como a prepotência e a violência presentes na vida social, que desfazem, na prática, o princípio formal da igualdade perante a lei, repondo no Brasil moderno a matriz histórica de uma cidadania definida como privilégio de classe. (ABREU, 1998 *apud* TELLES, 2006:89).

Nesta perspectiva, quem não pertence às classes burguesa ou trabalhadora não é cidadão. Ao ser excluído como cidadão, os não-cidadãos que escapam à regra do contrato são estigmatizados e colocados nas bordas da sociedade, no lugar reservado aos “fracos” que não conseguem sobreviver através do mercado, mesmo que este seja cada vez mais segregador e excludente, como na conjuntura atual de globalização neoliberal.

É com a herança de uma longa tradição autoritária e excludente que vai se construindo e se afirmando uma cultura política que culpabiliza o indivíduo pela terrível realidade social em que se encontra, “cultura moralista e autoritária que culpa o pobre por sua pobreza” (YAZBEK, 2004a: 19). Conforme define Vera Telles, “esses são os não iguais, os que não estão credenciados à existência cívica justamente porque privados de qualificação para o trabalho. São os pobres, figura clássica da destituição” (TELLES, 2006:94).

A figura do pobre, continua a referida autora, é inteiramente desenhada no negativo sob o signo da incapacidade e impotência, fazendo da ajuda a única forma possível para os assim definidos “carentes” se manterem na sociedade. Sendo assim, a pobreza destituída de dimensão ética, dissociada da questão da igualdade e da justiça e naturalizada reforça o que Telles denomina de *incivilidade*.

Incivilidade que se ancora em um imaginário que fixa a pobreza como marca de inferioridade, modo de ser que descredencia indivíduos para o exercício de seus direitos, já que percebidos numa diferença incomensurável, aquém das regras de equivalência que a formalidade da lei supõe e o exercício de direitos deveria concretizar (Id. Ibid., p.87)³⁷.

Nesse lugar da pobreza onde a condição de existência do indivíduo é percebida como

³⁷ Telles esclarece que a matriz cultural “resultante” da tradição hierárquica própria da sociedade brasileira é aquela “em que as leis, ao contrário dos modelos clássicos, não foram feitas para dissolver, mas para cimentar privilégios dos” donos do poder [...] “. Ou seja, trata-se da ética particularista do mundo privado das relações pessoais projetadas na esfera pública. E ressalta: “ É essa a matriz da incivilidade que atravessa de ponta a ponta a vida social brasileira, de que são exemplos conhecidos a prepotência e o autoritarismo nas relações de mando, para não falar do reiterado desrespeito aos direitos civis das populações trabalhadoras” (*Idem*).

“impermeável à regulação legal, incapaz, portanto de pertencimento cívico”, não há lugar para os direitos e para a cidadania, pois:

É o lugar no qual a pobreza vira “carência”, a justiça se transforma em caridade e os direitos em ajuda, a que o indivíduo tem acesso não por sua condição de cidadania, mas pela prova de que dela está excluído (*Ibidem*, 95).

Este é o terreno onde se encontram todos aqueles que por algum tipo de incapacidade ou enfermidade, ou de alguma situação familiar ou social mais vulnerável, ou mesmo devido às regras ultra restritivas do mercado de trabalho, estão fora ou foram expulsos de seu pertencimento formal.

Na lógica capitalista da acumulação de capital, a ideologia dominante, que faz parecer o trabalho como critério da vida normal e como meio de mobilidade social, faz com que estigmatizem aqueles que venham a receber dinheiro ou ajuda sem correspondente esforço esperado para ganhá-los (FALEIROS, 1998:110).

Ao mesmo tempo em que esse “patrimônio” cultural e político solidifica a figura do pobre como fraco, inferior, fragiliza a cultura do direito. É nesse sentido que a seguridade social brasileira adquire fundamental importância quando propõe uma medida de proteção social que tenha por base a cidadania plena. Por meio desta relação é que o Estado tem o dever de fornecer um mínimo vital a todos os cidadãos, redefinindo, conforme Fleury (2006), “as relações sociais em direção à redistribuição da renda, portanto, à equidade e justiça social para toda a sociedade”. Deste modo, a cidadania é entendida como parte do processo de consolidação do Estado e de sua democratização.³⁸

Parece bastante clara a impossibilidade de adentrar esse terreno de luta por direitos sem o enfrentamento dos conflitos a ele inerentes. Trata-se não só de defender uma sociedade que não transgrida os direitos fundamentais, já plenamente declarados em nossa carta constitucional, mas também de assumir uma posição, que nada tem de idealizada, em favor de uma sociedade que garanta uma vida digna aos seus cidadãos. Conforme ressalta Telles (2006), trata-se de romper com o paradigma que transforma a *questão social* em problema a ser administrado tecnicamente ou problema humanitário que interpela a consciência moral de cada um, paradigma conservador presentificado na sociedade brasileira. Trata-se, enfim, de defender a consolidação dos direitos como referência normativa das relações sociais.

³⁸ As três concepções de cidadania – invertida, regulada e plena – não significam um *continuum* ascendente da política social rumo à cidadania plena, cada nova forma destruindo as que lhe precederam, mas, ao contrário, conforme ressalta Fleury (2006), há uma concomitância entre as três formas, incluídas na política social, embora a convivência nem sempre se dê sem conflitos e contradições.

Ainda que escape às políticas sociais a atribuição de transformações sociais mais profundas, porque estas dizem respeito a mudanças macroeconômicas, novos paradigmas na concepção do sistema de proteção social brasileiro são importantes quando o que se busca é a realização do direito. Nesta direção, o BPC, com todas as incongruências e limitações apontadas, é o único direito constitucional não contributivo concretamente materializado no âmbito da política de assistência social.

CAPÍTULO 2. O MOVIMENTO HISTÓRICO DE LUTA PELO BPC: FORÇAS DE APOIO E RESISTÊNCIA

Neste capítulo, o objetivo é retomar de forma breve três momentos históricos importantes que contribuíram para a instituição da seguridade social brasileira: o período que antecedeu à instalação da Assembléia Constituinte; os trabalhos realizados durante a Assembléia Constituinte – localizando, especialmente, os debates das comissões e subcomissões que trataram da Seguridade Social, das pessoas com deficiência e dos idosos; e as mudanças ocorridas no BPC no processo de aprovação da LOAS.

Considerando-se o BPC um direito constitucional, tais marcos são imprescindíveis para a compreensão de seu significado, alcance e limites enquanto direito não-contributivo da política de assistência social.

Em que contexto político se realiza o debate sobre a Seguridade Social no Brasil? Quem são seus interlocutores? Quais são as propostas em disputa? Quais as contribuições das subcomissões de que participaram os idosos e as pessoas com deficiência para a instituição do BPC? Quais os contornos que vão se desenhando para a instituição desse direito social não-contributivo? Como se deu a regulamentação deste benefício na LOAS?

As respostas a essas indagações remetem para a análise das forças de apoio e resistência nesse processo de instauração da seguridade brasileira, possibilitando também ampliar a compreensão acerca da conformação que o BPC assumiu. O minucioso estudo de Ivanete Boschetti (2006), decorrente de sua tese de doutoramento, ao resgatar a trajetória do Estado social brasileiro, os debates pré-constituintes, a importância das conquistas democráticas de 1988 e a contra-reforma neoliberal, tornou-se material imprescindível para o presente estudo. Por isso, neste capítulo, a autora se constitui na principal referência bibliográfica.

2.1. O PERÍODO QUE ANTECEDEU A INSTALAÇÃO DA ASSEMBLÉIA CONSTITUINTE

A partir da CF de 1988, a assistência social alcançou o patamar de política pública de responsabilidade estatal e, juntamente com a saúde e a previdência social, passou a compor a Seguridade Social brasileira, reconhecido campo de proteção social. Mas para alcançar esse *status*, um processo político conflituoso estava em cena.

Lembremos mais uma vez que, no Brasil, até os anos de 1970, a lógica dos direitos era

dependente do trabalho assalariado. Com as transformações ocorridas na estrutura econômica e social, essa lógica começa a ser modificada. A Renda Mensal Vitalícia é um exemplo concreto, embora tímido, da mudança. A condição de cidadão, portanto a igualdade de direitos entre os trabalhadores rurais e urbanos, estava sendo reivindicada. Foi assim que a previdência social se estendeu aos trabalhadores rurais como um direito de cidadania, isto é, os trabalhadores rurais não precisavam contribuir para a previdência, pois eram os empregadores que pagavam um imposto destinado a financiar o FUNRURAL.³⁹

Ainda que a base do direito fosse a cidadania e que a denominação ‘previdência rural’ equivalesse à previdência urbana, os benefícios repassados aos trabalhadores rurais tinham como pressuposto uma lógica assistencial. No fundo tratava-se de introduzir o princípio da garantia de mínimos sociais de existência em oposição à lógica dos benefícios previdenciários (BOSCHETTI, 2006: 93).

Conforme já referido no capítulo anterior, é a partir daí que duas lógicas de proteção social se instituem no Brasil, uma contributiva e outra não-contributiva.

De acordo com Boschetti (*idem*, p. 99), foi a partir do governo da Nova República (1985-1989) que a expressão “seguridade social” foi retomada e incorporada aos debates teóricos e políticos que defendiam uma reorganização completa dessas políticas em bases mais igualitárias. A Nova República, também denominada de período de “transição democrática”, teve como marca inúmeras negociações “pelo alto” em nome, sobretudo, da permanência das elites políticas e econômicas no poder. A demonstração mais emblemática pode ser verificada, por exemplo, quando o Congresso Nacional rejeitou a proposta de emenda constitucional que previa eleições diretas para presidente em 25 de abril de 1984, apesar da intensa mobilização social em torno das “Diretas Já”. Impossível esquecer a decepção sentida quando do anúncio da derrota da Emenda “Dante de Oliveira”⁴⁰.

A partir daí, instituiu-se a eleição indireta realizada por um colégio eleitoral, vencendo a eleição a *Aliança Democrática* das forças de centro-esquerda, constituída por dissidentes moderados do PDS e do PMDB, cujos candidatos a presidente (Tancredo Neves) e a vice-presidente (José Sarney) representavam, respectivamente, a corrente moderada do PMDB e da

³⁹ O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) foi criado em 1963, mas as bases de financiamento que permitiram concretizar o programa de assistência aos trabalhadores rurais foram estabelecidas em 1971 (Id. *ibid.*).

⁴⁰ Apesar do apelo popular, a emenda constitucional foi a plenário no dia 25 de abril de 1984, obtendo o seguinte resultado: 298 deputados votaram a favor, 65 contra, três abstinências e 113 parlamentares simplesmente não comparecem ao plenário. Seriam necessários mais 22 votos, que somariam dois terços do total. Resultado: emenda rejeitada. Fonte: Wikipédia. http://pt.wikipedia.org/wiki/Emenda_Constitucional_Dante_de_Oliveira. Acesso em 13 ago.2008.

Frente Liberal. Com a morte de Tancredo Neves, José Sarney assume a presidência.

O controle temporário da inflação pelo Plano Cruzado, em 1986, levou ao fortalecimento da *Aliança Democrática*, o que lhe garantiu sucesso nas eleições seguintes fazendo do PMDB o partido mais importante do Brasil. Isso quer dizer que o governo tinha força política suficiente para a tão desejada reforma do Estado, cujos princípios foram muito bem sustentados pela oposição durante o regime militar. Mas o fracasso do Plano Cruzado a longo prazo e suas conseqüências econômicas, sociais e políticas deram uma direção oposta à política governamental.

A aliança que permitiu que os partidos de oposição ao regime militar elegeassem o presidente e a maioria dos governadores começou a se romper e aniquilou a possibilidade de instituição de uma reforma ampla e democrática do Estado brasileiro. A crise das relações entre as forças políticas majoritárias levou o país quase à paralisia e desestabilizou o governo federal (BOSCHETTI, 2006:101).

Com esse cenário político, associado à grave crise econômica e social, foram esboçados pelo governo os princípios do Sistema de Seguridade Social, que mais tarde viriam a ser instituídos pela CF de 1988.

No primeiro programa social elaborado pelo governo da Nova República, podem-se identificar os passos iniciais em direção ao alvo das ações do governo: a área social. Este documento, elaborado pela Secretaria de Planejamento, então vinculada à Presidência da República, mostrava que:

A consolidação do regime democrático requer a ampliação das bases do consenso social, ou seja, a democratização substantiva da sociedade, que exige a eliminação das desigualdades e a extensão dos direitos sociais fundamentais a toda população (SEPLAN, 1985a: 9 *apud* BOSCHETTI, *ibidem*, p. 102).

“Tudo pelo social” era a palavra de ordem do governo. Além de ações sociais de emergência, outro eixo de estratégias visava à realização de reformas das políticas sociais. O I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (PND/NR), divulgado em 1985, continha os enunciados das reformas pretendidas nas mais diversas áreas – “plano de reformas, retomada do crescimento econômico e combate à pobreza”. Princípios referentes à reforma administrativa e à gestão pública, ao lado da descentralização das ações, da participação e do controle da sociedade eram reorientadores das políticas sociais. Segundo o estudo de Boschetti (*ibidem*, p.106), os princípios mais recorrentes eram a universalização da saúde, a seletividade dos benefícios previdenciários, a descentralização da gestão das políticas sociais e a integração e racionalização de diversos programas assistenciais que, até aquele

momento, eram difusos e pulverizados.

Na verdade, o que estava em jogo era a construção de um novo modelo de proteção social, cujas concepções repercutiam diretamente na conformação do “nosso sistema de seguridade social”.

É importante salientar que foram elaboradas propostas de reforma para cada uma das políticas que compuseram a seguridade social brasileira, ou seja, as políticas de assistência social, de saúde e de previdência social. No âmbito desse estudo, não pretendo realizar uma reconstrução histórica e nem mesmo uma análise detalhada de cada uma delas, mas tão somente destacar alguns pontos facilitadores para a compreensão do processo que as uniu em torno da seguridade.

Em relação à política de saúde, o Movimento Sanitário - organização de setores progressistas da saúde pública – surgiu nos anos 70 e reuniu profissionais, intelectuais e lideranças políticas, representando um dos focos de oposição ao regime militar (FLEURY, 1997; GERSCHMAN, 1995 *apud* FIGUEIREDO, 2001). As propostas do Movimento Sanitário foram inseridas no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República (PND-NR/86), em que a saúde configura-se como “direito inerente à cidadania e dever do Estado” e se propõe a descentralização do sistema de saúde tendo em vista sua expansão.

O marco para a legitimação das propostas do Movimento Sanitário em torno do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pela Lei n°. 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS - foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986. Convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, acabou gerando condições políticas que permitiram uma ampla discussão sobre a saúde na Constituinte. Desta Conferência participaram setores organizados da sociedade civil, que, pela primeira vez, tiveram presença efetiva nesse foro, até então restrito às cúpulas técnicas da saúde pública (FIGUEIREDO, 2001).

Segundo Figueiredo (*idem*: 113), os temas mais debatidos na VIII CNS e que repercutiram na Assembleia Constituinte – foram a participação no sistema de saúde e o controle social por parte da sociedade civil organizada sobre as políticas do setor

Diz o autor que desde meados dos anos 80 vinham sendo tentadas formas colegiadas de discussão em torno da implantação do Programa de Ações Integradas da Saúde (AIS), por meio de Comissões Interinstitucionais Locais e Municipais de Saúde (CLIS, CIMS). Nova

tentativa de envolvimento da população nas discussões sobre reformas setoriais foi empreendida com o movimento em prol do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde, criando-se, assim, precedentes fundamentais para o arrojado projeto de participação consubstanciado como diretriz do SUS na Constituição de 1998 (art. 198, item III). Pode-se então depreender que a descentralização e a integração das ações de forma sistêmica, assim como a participação popular, foram princípios fundamentais trazidos pelo Movimento Sanitário e posteriormente incorporados pela CF-1988.

No que diz respeito à previdência social, Ivanete Boschetti revela que o I PND/NR ressaltava as tradicionais distorções predominantes no financiamento e nos benefícios. Diz a autora que:

Quanto ao financiamento, o principal problema sinalizado era o déficit entre receita e despesa. Esse desequilíbrio crescente era atribuído a questões econômicas, como a diminuição dos empregos estáveis em períodos recessivos, a qual, associada à redução do valor dos salários, diminuía a receita. Também eram apresentadas razões demográficas, como o aumento de beneficiários inativos (aposentados e pensionistas) em detrimento da quantidade de contribuintes ativos (BOSCHETTI, 2006: 108).

Além do financiamento, o I PND/NR considerava que os benefícios previdenciários também apresentavam características injustas e desiguais. O primeiro problema enfatizado era a ausência de seletividade, o que impedia a inclusão das populações mais pobres.

Em relação aos benefícios [previdenciários] oferecidos, a questão central é a ausência de seletividade que possibilite favorecer a clientela de baixa renda e cobrir prioritariamente os riscos socialmente mais urgentes e mais graves (SEPLAN, 1985c: 100 *apud* BOSCHETTI, *ibidem*, 109).

Como bem observa a referida autora, pela primeira vez o discurso contrário à universalização ganhava corpo num documento oficial, tendência que prevaleceria nas reformas dos anos seguintes: focalizar os benefícios previdenciários, sobretudo as aposentadorias.

O desnível entre os benefícios oferecidos aos trabalhadores urbanos e aos trabalhadores rurais⁴¹ também foi apontado no I PND/NR. Embora esse problema não tenha sido tratado como resultado de um modelo previdenciário vinculado à contribuição salarial em uma sociedade que não generalizou o assalariamento, e sim como um privilégio dos

⁴¹ Eram oferecidos aos trabalhadores rurais seis tipos de benefícios, correspondentes somente a meio salário mínimo, dado que não eram vinculados a uma contribuição prévia, enquanto para os trabalhadores urbanos havia 18 tipos disponíveis, proporcionais ao salário (BOSCHETTI, 2006, 109).

trabalhadores urbanos, seu apontamento foi importante para a discussão do sistema previdenciário.

Para garantir o acesso de trabalhadores e de não-trabalhadores aos benefícios sociais, bem como a constante oferta de tais benefícios, “a previdência social deve ser um instrumento de redistribuição e proteção da renda, admitindo-se inclusive a distinção na assistência social permanente aos grupos mais necessitados” (SEPLAN, 1985c *apud* BOSCHETTI, op.cit., 110). Para a autora (2006), parece ter sido esta a resposta esboçada pelo governo da Nova República diante das discrepâncias nos benefícios voltados aos trabalhadores rurais e urbanos. Desta forma, pode-se concluir que o financiamento da previdência social e a mudança nos benefícios previdenciários constituíam-se nas principais diretrizes orientadoras da reforma da previdência social.⁴²

No caso da assistência social, pela primeira vez era introduzida em um plano governamental como política social, ao lado das políticas de saúde e de previdência social. Fato inédito para uma área considerada “menor” e cujas ações, além de desarticuladas das demais políticas setoriais, apresentavam forte caráter assistencialista.

Conforme demonstra Boschetti (2006), foi no interior do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que as mudanças de perspectivas em relação à assistência social se iniciaram. Após a elaboração de um diagnóstico da área social e de alterações introduzidas na Secretaria de Assistência Social (SAS) – à qual se vinculavam a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), principais instituições federais da área de assistência social – delegou-se à SAS a função de planejamento e às duas outras instituições corresponderam funções mais executivas⁴³.

A partir dessas iniciativas, resultou, também pela primeira vez, a elaboração de um Plano Nacional de Assistência Social, sendo que alguns de seus tópicos, sobretudo o diagnóstico, foram incorporados ao I PND da Nova República. Essa foi a primeira vez em que

⁴² Em relação à reorganização do financiamento, o documento propôs ampliar as fontes e substituir parte das contribuições baseadas na folha de salário por contribuições sociais ditas progressivas, como impostos calculados sobre os lucros e os ganhos de capital das empresas empregadoras de mão-de-obra. Ele previa, igualmente, o estabelecimento de fontes distintas de financiamento para a previdência, a assistência social e a saúde, sem, contudo, mencionar a expressão seguridade social (BOSCHETTI, 2006: 110).

⁴³ Nesse cenário de luta acirrada, cabe destacar a reação de setores institucionais, principalmente da área federal que, temendo a perda do poder até então centralizado, se opunham às mudanças sinalizadas no INAMPS e na LBA, mobilizando políticos e a sociedade contra as medidas. (Aloísio Teixeira *apud* Mestriner, 1992:139)

assistência social foi admitida como política pública, destacando-se o papel fundamental que o I PND/NR teve para o reconhecimento legal e institucional da assistência social, pois

[...] foi o primeiro documento nacional oficial que ousou apresentar as suas contradições, inadequações e limites. Os problemas identificados e descritos pelo I PND/NR não eram insignificantes; pelo contrário, eles apontavam os aspectos centrais das ações assistenciais até então realizadas pelo governo federal: recursos públicos insuficientes face à demanda; inexistência de uma política nacional de assistência social; desarticulação entre as diversas instituições assistenciais nacionais (SAS, LBA e FUNABEM) e entre estas e os ministérios; excessiva centralização e burocratização dos programas assistenciais; e utilização de métodos e estratégias inadequadas, por vezes paternalistas e por vezes repressivas (*ibidem*, 112).

Se o diagnóstico apontava a necessidade de mudanças profundas e radicais, o mesmo não se podia dizer das proposições apresentadas, que eram superficiais e sugeriam apenas a melhoria pontual dos programas já existentes. Como a maioria das proposições não se concretizou, a tradição clientelista e assistencialista das ações assistenciais foi mantida. Contudo, esse contexto permite depreender que estavam inaugurados os caminhos para que a assistência social se constituísse enquanto campo específico.

Mas, ainda que não tivessem sido efetuadas transformações significativas nas políticas, foi no governo da Nova República que pesquisas, estudos e debates demarcaram a necessidade de transformação das políticas sociais. Para tal, foram criados grupos de trabalho compostos por técnicos governamentais, pesquisadores, representantes de movimentos sociais (populares e sindicais) e representantes de empregadores. A tarefa desses grupos era a de discutir e avaliar a realidade das políticas sociais e propor reformas. Foram então instituídos três grupos: Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social, denominado GT/MPAS, e outros dois subgrupos, um vinculado ao Ministério da Saúde e o outro ao Ministério da Previdência e Assistência Social⁴⁴. É importante frisar que os dois subgrupos trataram exclusivamente das políticas de saúde e assistência social, mas o GT/MPAS não se limitou aos objetivos estabelecidos no decreto de sua criação, quais sejam, “realizar estudos e apresentar propostas de reestruturação para as bases de financiamento da previdência social e para reorganizar os benefícios previdenciários” (DECRETO Nº 92654, DE 15 DE MAIO DE

⁴⁴ O GT/MPAS diretamente vinculado à Presidência da República foi constituído por técnicos governamentais, pesquisadores, intelectuais, especialistas em previdência social e representantes sindicais e patronais (centrais sindicais, entidades representativas dos aposentados e pensionistas) e instituído pelo Decreto Presidencial nº. 92.654/1986. Os dois outros subgrupos, também instituídos por portaria ministerial (MPAS nº. 3764 de 21 de maio de 1986), tinham como integrantes técnicos dos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e por tarefa apresentar propostas específicas de reforma na saúde e na assistência social (BOSCHETTI, 2006:113-114). Importante salientar que a presença maior nos grupos era de representantes governamentais.

1986. que criou o Grupo de Trabalho para Reestruturação da Previdência Social. DOU. Diário Oficial da União, 16/05/86).

As imbricações tradicionais existentes entre assistência social, previdência e saúde foram os argumentos apresentados para essa não restrição, conforme esclarecia a secretária geral do GT:

[...] É impossível eu fazer uma apresentação do orçamento da previdência sem que a gente tangencie a questão do custeio da previdência, inclusive na área de assistência médica e de assistência social. [...] Então, como esse é o GT criado por decreto presidencial, meu entendimento é que daqui é que vai surgir a nova concepção de seguridade social.⁴⁵

Foi, portanto, desse grupo que surgiu a proposta de uma nova concepção de seguridade social, embora não houvesse consenso sobre as áreas que a deveriam compor.⁴⁶ Alguns integrantes do GT defendiam a separação entre as fontes de financiamento e a separação entre saúde e previdência; outros entre previdência e assistência social. Em relação à separação da saúde, o conflito se dava pela defesa, por alguns, de um sistema universal para a saúde e, por outros, da manutenção do sistema contratual. Contudo:

Essas posições específicas não questionavam o sistema de aposentadorias e pensões baseado na lógica do seguro contributivo, nem apresentavam nenhuma proposição de um sistema universal de prestações sociais não-contributivas. As propostas apresentadas pelos especialistas, ao contrário, caminhavam na direção do estabelecimento de um sistema mínimo de prestações universais não-contributivas coabitando com o sistema de seguros contributivos (BOSCHETTI, 2006:118).

Como destaca Boschetti, o conceito de seguridade social que se concebia nessa ocasião não é o mesmo que conhecemos pós-Constituição de 1988.

Pelo contrário, o conceito defendido pressupunha estabelecer distinções mais explícitas entre previdência e assistência social tendo por base a lógica do seguro social e da cobertura de riscos, e não a perspectiva de uma proteção ampliada. Um dos principais critérios para tal distinção deveria ser o caráter contributivo dos benefícios. Assim, os benefícios condicionados a uma contribuição prévia seriam considerados previdência, como era o caso da aposentadoria. Os benefícios não vinculados a uma contribuição prévia seriam considerados de assistência social (*ibidem*, 121).

Em relação ao conflito em torno das fontes de financiamento, um “novo plano de seguridade social” (MPAS, 1986 *apud* BOSCHETTI, 2006:123) foi apresentado por técnicos

⁴⁵ Sulamis Dain, secretária geral do GT (MPAS, pp. 60-61 *apud* BOSCHETTI, op.cit., 116).

⁴⁶ Maior detalhamento a respeito dos trabalhos desses grupos encontra-se em Boschetti (2006), especialmente no Capítulo IV.

do MPAS, o qual provocava discussões conceituais sobre os princípios fundadores da seguridade social e propunha uma verdadeira reestruturação das políticas sociais.

Com uma concepção filosófica baseada na garantia de uma proteção mínima contra os “riscos” dos ciclos de vida a todos os cidadãos, o novo plano sugeria a instituição de um sistema de seguridade com dois distintos planos. O Plano de Base Único Contributivo destinado aos trabalhadores, assalariados ou não, urbanos e rurais em condições financeiras de contribuir para a previdência social, e o Plano Assistencial Não-Contributivo para aqueles que não pudessem contribuir. Ou seja, separavam-se aqueles que podiam contribuir dos que não podiam, “cristalizando-se assim, uma dualidade cujo ponto de clivagem era a possibilidade de manter a própria proteção social” (id. *ibid.*, p. 123) Todos os representantes governamentais desse GT se manifestaram favoravelmente a esse novo plano, e somente o representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) questionou o estabelecimento da distinção entre contribuintes e não-contribuintes.

Entre o mérito e a solidariedade, a igualdade e a seletividade, estavam dadas as divergências e os conflitos em torno do desenho de um sistema de proteção social brasileiro.

Adotando o princípio de que “todo cidadão tem direito à proteção social”, o problema do “paradoxo entre uma solidariedade alimentada pelo trabalho e uma solidariedade que requer ‘atender necessidades’ ao mesmo tempo daqueles que trabalham e daqueles que não trabalham” (CASTEL, 1995b: 11 *apud* BOSCHETTI, 2006:127) acirrava o debate em torno da tensão central que atravessava a natureza e as funções da seguridade social.⁴⁷

Na tentativa de resolver essa ambigüidade, o novo plano buscou uma conciliação entre dois pólos:

[...] proteger o “mundo do trabalho” pela lógica meritocrática e securitária e garantir uma “proteção mínima” ao conjunto da população incapaz de contribuir e de inserir na lógica contratual. Com base na justificativa da necessidade de inclusão de cidadãos até então excluídos do acesso aos benefícios previdenciários, as proposições assumiram a perspectiva de erigir um Estado social “seletivo” (*ibidem*, p.127).

Dessa forma, fica flagrante a contradição entre o princípio justificador de que “todo cidadão tem direito à proteção social” e a capacidade individual de pagar seu próprio benefício, ou seja, de contribuir, demonstrando que o determinante da proteção social deixa

⁴⁷ Tal observação, como bem destaca Boschetti, pertinente à situação brasileira, foi feita por Robert Castel (1995b) ao se referir ao modelo francês: “Desde sua instituição em 1945, a seguridade social é atravessada por uma tensão central que explode hoje e que impõe uma escolha dolorosa. A finalidade primeira da cobertura social é proteger os trabalhadores ou atender as necessidades de toda a população?”

de ser o atendimento igualitário das necessidades sociais de todos os cidadãos. Mais uma vez a *cidadania regulada* era reiterada.

Por esse motivo, o novo plano de seguridade social não foi aprovado sem polêmicas no GT/MPAS. Dois grupos se opuseram claramente – os representantes dos trabalhadores (CUT, CGT, trabalhadores rurais, aposentados e pensionistas) e os representantes governamentais, expondo, assim, algumas convergências, mas, ao mesmo tempo, divergências profundas entre eles.

Novamente a direção que se impõe é o acordo. A separação das fontes de financiamento entre as políticas de saúde, assistência social e previdência social foi o primeiro deles. Boschetti demonstra que, do ponto de vista institucional, o conceito de seguridade social englobaria a previdência e a assistência social, com os dois planos referidos – o contributivo/previdenciário e o não-contributivo/assistencial. A saúde seria uma política à parte, ou seja, o conceito de seguridade proposto pelo GT/MPAS não era aquele que viria a ser aprovado pela Constituição de 1988. As contribuições relativas à assistência social e à saúde foram consideradas com base nas propostas dos dois subgrupos responsáveis por essas políticas. Mas o GT/MPAS, numa demonstração do peso de sua natureza e legitimidade, ajustou as contribuições dos subgrupos a suas proposições de criação de um “novo plano de seguridade social” (BOSCHETTI, 2006:129-130).

A separação das fontes de financiamento, após ser defendida por todos os integrantes do GT/MPAS, foi adotada como critério de precisão conceitual dos benefícios previdenciários e assistenciais, sendo necessário reorganizá-los de acordo com seu modo de financiamento. Nesta direção, os benefícios condicionados a uma contribuição prévia seriam considerados seguro e, portanto estariam no âmbito da previdência social. Já aqueles que não apresentavam vínculos contributivos claramente estabelecidos estariam no âmbito assistencial. Desta forma, propunha-se que a Renda Mensal Vitalícia (RMV) (aos idosos e às pessoas com deficiência), os auxílios natalidade e funeral e o salário família passassem para a política de assistência social. Mas esse processo não ocorreu sem tensões!

Depois de muitos embates em torno dos objetivos que deveriam distinguir assistência social de seguro previdenciário, defendia-se que seguro significava cobertura de risco ligado a incapacidade para o trabalho (invalidéz, morte e velhice); por sua vez, a assistência social tratava da pobreza – “risco é seguro social, então não tem nada de assistência social” (MPAS, 1986, v. I: 577 *apud* BOSCHETTI, 2006: 135).

Deste modo, forçava-se cada vez mais a distinção entre assistência social e previdência social, o que permitiu que fossem esboçados os princípios centrais que orientaram a reorganização da assistência social como política pública. É importante acrescentar que a distinção entre a assistência e previdência é sempre tão polêmica, não só pela histórica imbricação entre elas, mas, sobretudo, porque envolve distintas compreensões conceituais e posições políticas a respeito da natureza e das funções de cada uma delas. Fica claro, então, como bem aponta Boschetti (*idem*, p. 137), que tais questões permaneciam na dependência de decisões políticas sobre a condução e o significado da assistência social e da previdência no conjunto da proteção social.

Embora inicialmente se previsse a transformação do “novo plano de seguridade social” aprovado pelo GT/MPAS em projeto de lei, esse fato não ocorreu, “pois seria interpretado pelos legisladores como uma interferência do poder executivo” (BOSCHETTI, *id. ibid.*, p. 141). Seus princípios e proposições foram encaminhados à Assembléia Constituinte para serem debatidos, mas foram confrontadas com outras propostas sustentadas por diversos grupos. Como bem conclui a citada autora,

[...] essas diferentes forças sociais se articularam em torno de partidos e parlamentares para fazer prevalecer seus projetos e interesses, os quais eram, por vezes, coletivos, corporativos e clientelistas. Dessa arena nasceu a seguridade social brasileira, tal como seria aprovada na CF de 1988.

Importa registrar que nesse processo, embora a participação popular tenha ficado restrita às entidades representativas e que a paridade não tenha sido respeitada, as premissas de um primeiro sistema de bem-estar social foram consolidadas, conforme os dois enunciados a seguir:

- A) Todo cidadão brasileiro é titular de um conjunto mínimo de direitos sociais, independente de sua capacidade de contribuição para o financiamento dos benefícios e serviços implícitos nesses direitos;
- B) É da responsabilidade da sociedade, diretamente ou por intermédio de adequada estrutura tributária da União, prover os recursos para assegurar o cumprimento do enunciado em “a” acima.⁴⁸

Tais premissas prepararam o solo político onde foi concebido posteriormente o conceito de seguridade social que passou a prevalecer na CF-1988.

⁴⁸ Cf. Introdução do relatório Rumos da nova previdência (MPAS, *op.cit.*, 1986, p.5 *apud* BOSCHETTI, *op.cit.* 2006, 140).

2.2. A ASSEMBLÉIA CONSTITUINTE: AS CONTRIBUIÇÕES DAS COMISSÕES E SUBCOMISSÕES PARA O DEBATE DA SEGURIDADE SOCIAL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOS IDOSOS

No item anterior, o objetivo foi demonstrar os debates que antecederam a instauração da Assembléia Constituinte em relação à construção de um sistema de seguridade social, bem como o debate em torno das políticas que viriam compô-la. O foco aqui pretendido é demonstrar as contribuições das subcomissões para a instituição do Benefício de Prestação Continuada como um direito constitucional para idosos e pessoas com deficiência.

No decorrer deste estudo, destaquei inúmeras vezes a importância da Constituição Federal de 1988, não só por se tratar da carta maior de um país, mas, sobretudo, por ter inaugurado “a era dos direitos” no Brasil. Ou seja, o reconhecimento dos direitos sociais ensejava a construção de uma nova ordem social, tendo por base a afirmação ampliada da cidadania.

O processo de elaboração da Constituição de 1988 marcou a transição do regime autoritário, instaurado em 31 de março de 1964, para o regime democrático. Os representantes Constituintes foram eleitos com a marca do pluralismo partidário e a diversidade dos grupos de pressão, o que quer dizer que estavam presentes nesse cenário tanto forças políticas progressistas como conservadoras⁴⁹, que exigiam a garantia dos direitos sociais, igualitários e universais. Ou seja, apesar das diferentes composições políticas, em que se opunham “defensores da estatização” e “defensores da privatização”, existia uma tendência em garantir um sistema amplo de proteção social.

Convocada pela Emenda Constitucional nº 26, de 27 de novembro de 1985, a Assembléia Nacional Constituinte iniciou seus trabalhos a partir de 1º de fevereiro de 1987 e se estendeu até 5 de outubro de 1988. A nova Constituição, denominada de “Constituição Cidadã” pelo Deputado Ulysses Guimarães, então Presidente da Assembléia Nacional Constituinte, foi promulgada no dia 5 de outubro de 1988, passando a ser a sétima da nossa história e a sexta da República. Foi esta Constituição que restabeleceu os parâmetros legais do regime democrático iniciado em 1946, interrompido em 1964, e reiniciado em 1985. Nela foram inseridos os direitos às crianças e adolescentes, idosos, mulheres, analfabetos, deficientes, índios e negros, segmentos, até então excluídos do reconhecimento legal. Os seus

⁴⁹ O PMDB elegeu 55,78% dos parlamentares da Assembléia Constituinte (38 senadores e 261 deputados federais) (BOSCHETTI, 2006: 101).

princípios enfatizam a proteção aos direitos humanos e sociais.⁵⁰

Foi o mais espetacular avanço que um país conseguiu num texto constitucional em relação à sua população, que precisava ser olhada com respeito, que precisava deixar de receber favores e que tinha direito a ser tratada no mesmo nível de cidadania do restante da população brasileira. É a mais moderna das contribuições que poderíamos ter dado a um texto constitucional. É a primeira vez que a criança aparece com todos os seus direitos listados; que o adolescente está ali com todos os seus direitos listados; que o idoso é olhado como deve ser, e, principalmente, é a primeira vez que, de fato, a pessoa portadora de deficiência pode até continuar ao longo da sua vida física com a diferença, com o *handicap* negativo, mas não do ponto de vista da cidadania (Deputada Sandra Cavalcanti em exposição na Mesa de Abertura do I Simpósio Nacional sobre Assistência Social. Brasília. 1989)⁵¹.

Muitas foram as conquistas trazidas pela Carta Maior, conquistas que não teriam a mesma força e alcance sem o “clamor nacional” instaurado no período de redemocratização da sociedade brasileira, que exigia soluções para a “dívida social” acumulada durante os anos do regime de ditadura militar, e sem a participação dos movimentos populares, sindicais e dos diversos atores políticos que enfrentaram um verdadeiro campo de batalha para colocar em vigor os princípios fundamentais de uma nação que se desejava mais justa e igualitária.⁵²

Diante de tantas divergências e polêmicas, pode-se afirmar que a Constituição de 1988 foi o resultado de um grande acordo político entre as forças de direita e de esquerda. Se não foi o melhor caminho, foi o possível histórico, pois considerando ingredientes como a cultura política conservadora brasileira, o recente encerramento de um longo período de regime ditatorial, o baixo acúmulo de experiências democráticas e participativas e o aceno harmônico com a perspectiva neoliberal, têm-se a dimensão do confronto que se instaurava naquela arena política.

⁵⁰Além disso, a Carta Constitucional inova ao estabelecer garantias constitucionais aos cidadãos, as chamadas liberdades constitucionais, como o mandado de injunção e o *habeas data*. Qualifica ainda como crimes inafiançáveis a tortura e as ações armadas contra o Estado democrático, amplia os poderes do Congresso Nacional e estabelece a igualdade entre mulheres e homens. Fonte: Câmara dos Deputados: www2.camara.gov.br, Acesso em 13 ago.2008.

⁵¹ Câmara dos Deputados. Anais do I Simpósio Nacional sobre Assistência Social. Brasília. 1989. p.36.

⁵²O texto constitucional está em vigor, mas a redação original foi emendada durante os trabalhos legislativos do Congresso Nacional Revisor no período de 7/10/1993 a 31/05/1994, de acordo com o art. 3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Além disso, essa Constituição vem sendo emendada seguidamente, consoante os programas de reformas propostos pelo Poder Executivo, cabendo à Câmara dos Deputados o fórum dos grandes debates sobre as reformas propostas. A Constituição – até o ano de 2007 – já foi alterada com a promulgação de seis emendas constitucionais de revisão e 53 emendas constitucionais. Fonte: Câmara dos Deputados. www2.camara.gov.br Acesso em 13 ago.2008.

Conforme elucida Boschetti (2006:144), a tendência, ou necessidade de buscar um acordo político e conciliar as reivindicações populares com os interesses dos partidos, e de assim aproximar a Constituição brasileira daquelas predominantes nas nações desenvolvidas, foi explicitada no relatório da Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso.

Realizamos estudo comparativo entre os dispositivos elaborados e as normas constitucionais de outras nações, observando que o texto proposto está coerente com a mais avançada legislação sobre a matéria. O anteprojeto que ora apresentamos procura traduzir o pensamento dominante dos Constituintes, das entidades e especialistas e da população em geral.⁵³

No dia 1º de fevereiro de 1987, os trabalhos legislativos tiveram início e duraram dois anos, por isso é comum encontrarmos referências a dois momentos distintos do período constituinte: um em 1987, marcado pela participação das entidades organizadas e representativas; e outro em 1988, marcado pelas discussões internas entre os parlamentares.

Importante destacar que foi a primeira vez na história das constituições brasileiras em que a participação popular foi assegurada pela própria estrutura da Assembléia Constituinte, organizada por meio da composição de oito comissões temáticas⁵⁴, e cada uma delas se subdividia em três subcomissões perfazendo um total de 24 subcomissões. Foram essas subcomissões que elaboraram os dispositivos constitucionais, divididos por temas⁵⁵.

O projeto elaborado, após análise e aprovação pelos parlamentares membros da Comissão de Sistematização, foi enviado ao Plenário da Assembléia Constituinte, onde, após ser debatido e submetido às emendas parlamentares, foi votado e aprovado em 5 de outubro de 1988, isto é, há vinte anos (1988 – 2008).

A elaboração da CF não foi precedida de um pré-projeto. Os dispositivos, artigos, capítulos e títulos constitucionais foram elaborados gradualmente nas comissões e subcomissões das quais a sociedade podia participar por meio de organizações representativas.

Considerando o objeto da presente dissertação, interessa enfatizar as

⁵³ Assembléia Nacional Constituinte, Relatório da Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso (1988), apresentado pelo relator Eraldo Tinoco (*apud* BOSCHETTI, 2006:144-145).

⁵⁴ A nona subcomissão era a comissão de sistematização.

⁵⁵ Aprovados nessas subcomissões, os pré-projetos correspondentes aos temas eram enviados às oito comissões, que os reorganizavam por temáticas segundo os capítulos da Constituição. Aprovados pelos parlamentares membros, os projetos de cada comissão eram enviados à Comissão de Sistematização, que os organizava em títulos, tendo em vista a elaboração do primeiro projeto de Constituição

comissões/subcomissões relacionadas à seguridade social, campo em que se insere a política de assistência social e, em consequência, o Benefício de Prestação Continuada, bem como as subcomissões onde o público alvo desse benefício, qual seja, idosos e pessoas com deficiência, teve efetiva participação, direta ou por meio de suas entidades representativas.

Essas comissões/subcomissões foram assim intituladas, conforme terminologia da época:

VII – Comissão de Ordem Social

- a) Subcomissão dos Direitos dos Trabalhadores e Servidores Públicos;
- b) Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente;
- c) Subcomissão de Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias.

VIII – Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação

- a) Subcomissão de Educação, Cultura e Esporte;
- b) Subcomissão da Ciência e Tecnologia e da Comunicação;
- c) Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso (BOSCHETTI, 2006:147).

Temas como seguridade, saúde e pessoas com deficiência, embora façam parte da Comissão de Ordem Social, foram tratados como políticas específicas. Já as discussões relativas aos idosos ocorreram na subcomissão que se intitulava “Da Família, do Menor e do Idoso”, expressando a inexistência de um conceito integral sobre a família, além de afirmar, novamente, o caráter autônomo e independente no trato de cada um dessas questões. O que é importante enfatizar é que a forma de organização das comissões e das subcomissões demonstra o quanto os debates foram fragmentados. Vamos examinar de perto esse cenário.

Os trabalhos das subcomissões começaram pelas audiências públicas – *loci* onde se assegurava a participação popular. A saúde, que antes da Constituinte já contava com a experiência do Movimento Sanitário e reivindicava um sistema público de saúde universal e descentralizado, foi a área com maior número de audiências públicas. Em relação à previdência social, o debate sobre a reforma era restrito às entidades sindicais e aos técnicos do governo. Já a assistência social

[...] não foi objeto específico de nenhuma audiência pública nessa subcomissão. As instituições assistenciais privadas e públicas participaram, sobretudo, das audiências organizadas pelas subcomissões responsáveis pelo debate sobre família, a infância, as pessoas idosas e as pessoas portadoras de deficiência (BOSCHETTI, 2006:148 – **grifos nossos**).

Rememoremos que a assistência social, enquanto política pública, aparece pela primeira vez no I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República apresentado em

1985, tratando-se, portanto, de um período bastante breve para que instituísse uma cultura em torno do reconhecimento da assistência social como uma das políticas sociais, além, é claro, da tradição política dominante à qual fiz referência no capítulo anterior.

A fragmentação encontrada no desenvolvimento dos debates demonstra que, como bem ressalta Boschetti, mantém-se a histórica clivagem entre os “trabalhadores capazes” e aqueles tidos como “incapazes de trabalhar”, associando-se, assim, o debate sobre assistência social a essa categoria dos incapazes de assegurar a própria sobrevivência, tanto em função de suas incapacidades físicas quanto em função da condição sócio-econômica. Mais grave ainda é que:

O debate sobre os “direitos” é, ao contrário, associado ao exercício do trabalho, à capacidade de cada um assegurar a sua sobrevivência, ou ainda, ao termo “cidadania”, indicando a perspectiva de que a assistência social não é direito de cidadania nem possui relação com o trabalho (BOSCHETTI, *ibid.*, 148).

Dessa forma, fica claro que o peso da cultura cristalizada em torno da *cidadania regulada* colaborava para a fragmentação das discussões sobre os direitos sociais e, portanto, também em relação ao Benefício de Prestação Continuada. O entendimento da assistência social enquanto ajuda e não enquanto direito fazia com que certos grupos defendessem o benefício sem necessariamente associá-lo à política de assistência social. Por isso é importante ressaltar que os embates e debates em torno de uma transferência de renda para os idosos e para as pessoas com deficiência se deu de maneira diferenciada e isolada entre esse público e a previdência social. Essa questão é importante porque a forma com que o benefício foi discutido repercutiu com diferentes significados para esses segmentos da população.

Conforme referido no item anterior, o “novo plano de seguridade social”, aprovado pelo Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social, foi elaborado antes do período de instauração da Assembléia Constituinte. Sua importância reside nas contribuições que foram dadas ao sistema de seguridade social que temos hoje, do qual faz parte o BPC.

No que se refere à participação popular, de acordo com Ivanete Boschetti, ocorria nos debates realizados pelas subcomissões temáticas, de que os indivíduos podiam participar tanto direta como indiretamente, por meio de suas entidades representativas. Além disso, emendas populares podiam ser apresentadas desde que assinadas por, no mínimo, 30.000 pessoas e por três entidades representativas (BOSCHETTI, 2006:143-144). As pessoas com deficiência tinham assento na Comissão de Ordem Social, Subcomissão dos Negros, Populações Indígenas, Pessoas Deficientes e Minorias. Esta subcomissão sugeriu a criação de um

benefício assistencial que assegurasse um salário mínimo mensal a toda pessoa com deficiência que fosse desprovida de condições de subsistência.

Foram, sobretudo, os pais das pessoas com deficiência que se mobilizaram e reivindicaram o salário mínimo nas audiências públicas. Eles se fizeram representar principalmente pela Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES). Outra atuação efetiva nos trabalhos constituintes foi da ONEDEF (Organização Nacional de Deficientes Físicos). Representante desta organização, em depoimento a Raichelis (1998:258), traduz bem o mote da luta em torno do benefício:

[...] Na proposta original do segmento portador de deficiência, seria a de um seguro-reabilitação, que garantisse que as pessoas portadoras de deficiência fossem integradas à reabilitação e à profissionalização e tivessem uma preparação para sair desse seguro e irem trabalhar como qualquer outro cidadão, que não precisassem depender desse benefício [...].

A histórica tensão entre assistência social e trabalho fica bastante clara nesse depoimento. Embora a exigência de um seguro-reabilitação não estivesse vinculada à política de assistência social, esta concepção pode expressar o não reconhecimento da assistência social e também da saúde como políticas de direitos e, sobretudo, a fragmentação desse público em relação ao conjunto da sociedade.

Ou seja, as próprias pessoas com deficiência, face à discriminação e à desagregação que historicamente as apartaram da participação social, não acumulavam amadurecimento político suficiente para reivindicar direitos enquanto cidadãos, independentes da condição da deficiência. Em relação ao trabalho, o depoimento demonstra a concepção de que, ao alcançar a “cidadania” (*regulada*), a necessidade do benefício deixa de existir, reiterando mais uma vez o primado do trabalho.

Para que a garantia de um salário mínimo fosse incorporada à proposta da comissão, foi apresentada uma emenda popular com a assinatura de 48.877 pessoas e por três associações ligadas à defesa dos direitos das pessoas com deficiência.⁵⁶

As pessoas idosas integravam a Comissão da Família, da Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação, Subcomissão da Família, do Menor e do Idoso. Esta subcomissão sugeriu a garantia de um salário mínimo mensal a todas as pessoas com mais de 65 anos que não possuíssem recursos financeiros e que nunca tivessem

⁵⁶ Assembléia Nacional Constituinte, Emendas populares, v.II, Emenda PE00077-6, p.76 (*apud* BOSCHETTI, op.cit., 165).

contribuído com a previdência social. Os idosos foram representados principalmente pela Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas.

De acordo com Boschetti,

Diferentemente da Subcomissão de Saúde, essas duas subcomissões não propuseram artigos inteiros ou um sistema de proteção que incluísse a assistência social; elas simplesmente reivindicaram um benefício de transferência de renda aos dois segmentos a que se referiam – idosos e pessoas com deficiência (op.cit., p. 158).

Os representantes das instituições públicas e privadas que participaram das audiências da Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente foram, em sua grande maioria, os mesmos que integraram, no ano anterior (1986), o Grupo de Trabalho de Reestruturação da Previdência Social – GT/MPAS – instituído pelo governo Sarney, tratado no item 2.1.

Em relação à seguridade social, o relatório final do GT/MPAS foi apresentado à Subcomissão com as proposições aprovadas pelo referido GT. Como já mencionado, naquela ocasião, a participação da sociedade civil se deu apenas por meio de entidades representativas e, como não havia paridade entre estas e os representantes do governo, os representantes dos trabalhadores enfatizaram alguns itens que tinham sido aprovados somente porque, na votação, eles não eram maioria.⁵⁷

O documento dos trabalhadores com propostas para a seguridade social indicava a intenção de manter os direitos já adquiridos na previdência e avançar no estabelecimento de uma proteção social ampla para todos os cidadãos, revelando, de acordo com Boschetti, os contrastes entre a proposta do governo e a dos trabalhadores. Nessas idas e vindas, havia um consenso quase generalizado sobre alguns pontos:

- Princípio da universalização;
- Ampliação das fontes de financiamento;
- Manutenção da aposentadoria por tempo de trabalho;
- Separação da política de saúde da seguridade social.

Foi nesse projeto que os princípios gerais da seguridade que estão hoje na Constituição foram esboçados, ainda que tenham sido detalhados e aperfeiçoados nas etapas seguintes da Assembléia Constituinte. A seguridade surgiu, portanto, como um sistema que incluía apenas

⁵⁷ Entre as propostas que eles reivindicavam que fossem retomadas e aprovadas pela subcomissão estavam a manutenção da aposentadoria por tempo de trabalho sem limite de idade e a não-seletividade dos benefícios sociais (BOSCHETTI, 2006: 149).

a previdência e a assistência social, permanecendo a saúde como uma política específica e autônoma. Foi a Comissão de Ordem Social que incluiu a saúde na seguridade.⁵⁸

A batalha em torno da separação entre a previdência e a assistência social continuava. No projeto final desta subcomissão, um artigo incluiu a Renda Mensal Vitalícia na assistência social, que até então pertencia à previdência social. O benefício já existia desde 1974, portanto não era uma novidade, mas trazia alterações importantes, tais como a redução da idade mínima de 70 anos para 65 anos, o aumento do valor de meio salário mínimo para um salário mínimo e a não exigência de contribuição prévia dos beneficiários.

A proposta, nesta subcomissão, de um sistema de seguridade social com duas políticas – assistência social e previdência – foi a materialização da sugestão elaborada inicialmente pelo GT/MPAS em 1986, a qual havia sido motivada pela intenção de melhor distinguir (e separar) os benefícios previdenciários dos benefícios assistenciais. **Esse direito constitucional nasceu, assim, de uma sugestão técnica feita pelo movimento sindical e pelo poder legislativo** (BOSCHETTI, 2006: 157, grifo nosso).

Ainda no que se refere às contribuições da Comissão de Ordem Social para a política de assistência social, a proposta de garantia de um salário mínimo a pessoas com deficiência sugerida pela Subcomissão de Negros, Populações Indígenas, Pessoas com Deficiência e Minorias não foi incorporada. O único benefício mantido no projeto da referida Comissão foi a garantia de um salário mínimo a pessoas pobres com mais de 65 anos.⁵⁹

O projeto da seguridade aprovado na Comissão de Ordem, após ser remetido à Comissão de Sistematização, passou por três versões até chegar à versão final. Foi a quarta versão da Comissão de Sistematização apresentada no plenário. Nesta última versão foi reincorporado, em decorrência da apresentação da emenda popular, o pagamento de um

⁵⁸ Algumas alterações propostas pela Comissão de Ordem Social foram fundamentais para a seguridade social. Primeiramente seu conceito foi ampliado e definido como um sistema integrado de ações dirigidas à proteção tanto dos trabalhadores como da população excluída do processo produtivo. Além disso, contrariamente às proposições do GT/MPAS, a Comissão de Ordem Social caminhou na direção da integração das políticas de saúde, previdência e assistência social. Conforme expressava o projeto dessa comissão, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações, destinado a garantir os direitos sociais relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. A integração dessas políticas era ainda mais estreita na medida em que não separava suas fontes de financiamento e buscava estabelecer sua complementaridade por meio da definição de suas funções e de seus beneficiários (BOSCHETTI, *idem*, 156- 159).

⁵⁹ “A real inovação efetuada pela Comissão refere-se a dois aspectos. O primeiro é a distinção da assistência social como política específica, diferenciada da previdência e caracterizada como componente básico da seguridade social. Essa distinção assegurou a essa política o mesmo status de direito social conferido à saúde e à previdência. Assim, pela primeira vez, foi atribuída ao Estado a responsabilidade de proteger a população pobre. O segundo aspecto é que o projeto estabeleceu, também pela primeira vez, os princípios que deveriam sustentar a organização e gestão da assistência: a descentralização política e administrativa e a participação da população organizada no processo de elaboração e execução das ações, por meio de conselhos de gestão. Esses princípios apontavam para a tentativa de romper com o clientelismo, a pulverização e a centralização que caracterizavam historicamente as ações assistenciais” (BOSCHETTI, 2006:163).

salário mínimo a pessoas com deficiência, o que havia sido suprimido do projeto da Comissão de Ordem Social. A reintrodução desse pagamento foi solicitada por duas emendas populares assinadas por 81.776 pessoas (Emendas nº. 77 e 86), demonstrando a efetiva mobilização dos representantes das pessoas com deficiência.

Esse projeto – resultante dos debates nas audiências públicas, nas subcomissões, comissões temáticas e na Comissão de Sistematização e que, portanto, reunia a reivindicação de várias forças políticas e sociais – é que foi apresentado ao presidente da Assembléia Constituinte em 24 de novembro de 1987. Os trabalhos legislativos da Assembléia entraram em recesso e foram retomados no início de 1988, quando começou uma nova e determinante fase de elaboração da Constituição Federal do Brasil.

Pode-se imaginar o impacto que o anteprojeto da Constituição, considerada “como a mais avançada legislação sobre a matéria” apresentada pela Comissão de Sistematização, causou no âmago da elite política comandada pelo então presidente José Sarney.

Com o objetivo de alterar a direção e o funcionamento da Assembléia Constituinte, o governo, aliado às forças políticas mais conservadoras, formou um bloco congregando vários parlamentares de centro-direita. Esse bloco, conhecido como “Centrão”, assumiu a expressa postura de votar contra os dispositivos que não correspondessem aos interesses do governo e das forças de direita (id. *ibid*, p. 168).

Diante de tamanha ameaça à “ordem vigente”, o Centrão foi capaz de aprovar uma alteração no regimento da Assembléia Constituinte que o autorizava a apresentar novos projetos de capítulos inteiros da Constituição, desconsiderando todo o trabalho realizado pelas comissões e subcomissões no ano anterior. É claro que um novo capítulo sobre a Ordem Social foi proposto. Mas isto foi pouco. Na verdade, um novo projeto inteiro de Constituição foi apresentado e denominado “projeto do Centrão” (BOSCHETTI, 2006:170).

No que se refere à seguridade social:

As modificações apresentadas por essa emenda não tocavam a estrutura da seguridade social como o conjunto das políticas de saúde, previdência e assistência, mas alteravam aspectos essenciais a fim de tornar o sistema menos universal e de garantir uma participação mais intensa do setor privado nas áreas de saúde e previdência social. Tratava-se, efetivamente, de sustentar a perspectiva de um Estado mínimo (BOSCHETTI, *ibidem*, 170-171).

A mudança de perspectiva política contida no projeto do Centrão refletiu de forma

especial nas políticas componentes da seguridade social.⁶⁰ Não cabe aqui uma análise extensiva de cada uma delas, mas sim daqueles aspectos que diretamente impactaram na política de assistência social e, em consequência, no BPC⁶¹, por isso não serão feitas referências às transformações que ocorreram no campo da saúde.

A lógica do seguro prevaleceu para o sistema previdenciário, limitando a previdência aos contribuintes diretos, desviando-o assim da universalização dos direitos de cidadania. As desigualdades existentes entre os diferentes regimes e sobretudo, entre trabalhadores urbanos e rurais foram mantidas.

Em relação à política de assistência social, o prejuízo foi maior. A definição que consta do art. 203 da Constituição Federal – “a assistência social será prestada a quem dela necessitar” – foi incluída em razão da alteração realizada pelo projeto do Centrão. Boschetti (2006: 172) explica que, aproveitando uma ambigüidade própria dessa área,

[...] o projeto permitiu a interpretação de que essa política deveria ser dirigida a todos que se encontrassem em situação de necessidade. Mas, por outro lado, ele reafirmou a visão restrita de que a assistência social deveria ser oferecida apenas em situação de pobreza absoluta, e de que sua existência dependia do reconhecimento das situações de ausência, falta, carência, necessidade.

Outra alteração realizada, que teve impacto diretamente sobre a regulamentação do BPC, foi a mudança na idade para recebimento do salário mínimo mensal. Ao suprimir esse item no projeto, o “Centrão” abriu caminho para a definição posterior na LOAS, de que os idosos passariam a ter direito ao benefício aos 70 anos e não mais aos 65 anos, conforme preconizava o projeto da Comissão de Sistematização.

A descentralização política e administrativa e a participação popular na formulação e controle da política de assistência social também não escaparam do corte.

A exigência mínima de 280 assinaturas de parlamentares para aprovar as emendas, associada à política do “toma lá dá cá”, tão cara ao fisiologismo de certos grupos do poder

⁶⁰ “Do ponto de vista dos princípios e conceitos, o projeto do Centrão suprimiu as duas linhas que garantiam a universalidade da cobertura e a uniformização dos benefícios aos trabalhadores urbanos e rurais. Além disso, ele introduziu a idéia de que a seguridade social deveria ser responsabilidade não somente do Estado, mas igualmente da sociedade. Quanto ao financiamento, o projeto manteve o princípio da diversificação das fontes e incluiu que a seguridade seria financiada direta e indiretamente por toda a sociedade. Entretanto, ele contradisse esse princípio quando suprimiu a equidade no financiamento e a contribuição das empresas com base no faturamento e no lucro, mantendo apenas as contribuições sobre a folha de salários. Em relação à organização e à gestão, o projeto conservou o princípio da descentralização, mas retirou a participação dos trabalhadores nos conselhos de decisão, eliminando assim seu caráter democrático” (*ibidem*, 171).

⁶¹ Para análise detalhada a esse respeito, ver Boschetti (2006), capítulo V, especialmente o item 3.

legislativo, dificultou a aprovação automática de tais alterações. Mesmo assim, um acordo foi necessário, visto que, se por um lado não se conseguia maioria para aprovar as próprias propostas, por outro, o mesmo acontecia em relação ao projeto da Comissão de Sistematização; ou seja, este também não obtinha maioria para sua aprovação. O acordo estabelecido foi de que o projeto do Centrão seria aprovado para depois ser modificado incorporando elementos do projeto da Comissão de Sistematização.

A pesquisa de Boschetti revela que em relação à seguridade social o projeto da Comissão de Sistematização predominou sobre o projeto do “Centrão”.

Em relação aos princípios gerais da seguridade social, o texto final recuperou praticamente todos os preceitos suprimidos pelo projeto do Centrão: integração das três áreas, universalidade da cobertura, uniformização e equivalência dos benefícios entre trabalhadores urbanos e rurais, caráter democrático da gestão e equidade e diversificação das fontes de financiamento com inclusão da contribuição patronal sobre o faturamento e o lucro (id. *ibid.*, 174-175).

No entanto, a supressão da definição da idade de 65 anos para recebimento do benefício foi mantida.⁶²

Contudo, apesar de tantos embates e acordos, não existem dúvidas em relação ao avanço constitucional, principalmente no que se refere à garantia dos direitos sociais.

2.3. AS RESTRIÇÕES IMPOSTAS AO BPC

As disposições transitórias da CF definiram o prazo para que o governo enviasse os projetos de lei de regulamentação da seguridade social ao Congresso Nacional, estabelecendo o máximo de seis meses a partir de sua promulgação. O Congresso tinha então esse período para análise e votação, e o poder executivo, 18 meses para implementá-la progressivamente.⁶³ Mas, ao final dos prazos determinados pela CF, somente a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988) que instituiu o Sistema Único de Saúde e após, num primeiro momento, ter sido vetada parcialmente, estava promulgada. A referência aqui é ao ano de 1991, período em que o Presidente da República era Fernando Collor de Mello e que, se havia vetado parcialmente o projeto de lei da saúde, vetou integralmente os projetos de lei da previdência social e da

⁶² O valor de um salário mínimo, que havia sido suprimido, após apresentação de emenda foi aprovado. O projeto final incorporou os dispositivos que determinavam a participação dos Estados e municípios no financiamento da assistência social, além dos artigos que asseguravam a descentralização política e administrativa, com divisão de atribuição entre as três esferas de governo e com a participação popular nos processos de decisão (BOSCHETTI, 2006: 175).

⁶³ CF de 1988, Disposições Transitórias, art.59.

assistência social.

A Lei da Previdência Social (BRASIL, 1991) embora se tratasse de um novo projeto enviado ao Congresso pelo então Presidente da República, foi também aprovada no ano de 1991.⁶⁴

Mas a Lei Orgânica da Assistência Social só foi aprovada em 7 de dezembro de 1993, após o veto integral do então Presidente Collor, em 17 de setembro de 1990⁶⁵. Desta forma, foram debatidas as propostas para a formulação das leis de regulamentação da saúde, da previdência e da assistência social⁶⁶.

A tarefa de elaborar os projetos de lei ficou a cargo dos ministérios da Saúde, da Previdência e do Planejamento, mais especificamente sob responsabilidade do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A diretoria de seguridade social do IPEA firmou convênio com instituições que tinham forte atuação nesse debate, com a finalidade de instituir grupos de trabalho (GT) para realizar estudos, debates e elaborar pré-projetos de lei que poderiam ser adotados pelo governo. Desta forma, o IPEA, o MPAS e MS estabeleceram convênio com a Universidade de Brasília (UnB), especialmente com o Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) e com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Boschetti (2006) ressalta que a UnB foi escolhida para coordenar as atividades desses grupos de trabalho em decorrência da atuação do NESP e de alguns professores e pesquisadores no processo constituinte e, portanto, reunia conhecimento sobre as três políticas. Ademais, o debate sobre a criação de um Ministério da Seguridade Social ficaria *mais suave* com a presença de um agente externo aos órgãos governamentais envolvidos, uma vez que as atitudes do governo demonstravam clara intenção de separar a assistência social da previdência e de não instituir o Ministério da Seguridade Social⁶⁷. Importante ressaltar que para cada uma das políticas foi constituído um GT e as discussões, então, foram específicas por área.

A saúde e a previdência acumulavam debates sobre a reestruturação de suas áreas

⁶⁴ Trata-se da lei n°. 8.212 e 8213 de 5 de maio de 1991.

⁶⁵ Os motivos para tal lentidão já foram explicitados no capítulo 1.

⁶⁶ No interesse e nos limites dessa pesquisa, a construção da LOAS como legislação infra-constitucional é o principal foco.

⁶⁷ Boschetti (2006:186) aponta que em menos de um ano, de setembro de 1988 a agosto de 1989, o presidente Sarney deslocou por três vezes a LBA e a FUNABEM (duas fortes instituições federais da assistência social) de um ministério para outro.

desde o início dos anos de 1980. Mas a instituição da assistência social como área específica do conjunto das políticas sociais era fato recente⁶⁸. No dizer de Barbosa (1992), havia alguma coisa sobre “o menor”, “o idoso” ou “deficiente”, mas nada sobre a assistência social especificamente (Eni Barbosa *apud* Mestriner, 1992:148).

Nesse movimento histórico, vale registrar o processo desencadeado pela Associação Nacional dos Servidores da Legião Brasileira de Assistência (ANASSELBA) em diferentes Estados do país. No contexto de reformas para a área social estavam incluídas as reformulações pertinentes à LBA, principal agência de assistência social do país. Ao convocar um Encontro Nacional⁶⁹ para analisar as perspectivas e tendências da política de assistência social, núcleos de debates se instalam nas Associações Estaduais dos Servidores da LBA (ASSELBAS), possibilitando, desta forma, a discussão de um modelo político para a política de assistência social. (Oliveira 1992:71 *apud* Sposati e Falcão, 1990:7-8).

O convênio estabelecido entre o IPEA e a UnB identificou o Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Sociais (NEPPS/CEAM) como *locus* importante de contribuição para a elaboração do projeto de lei da assistência social.⁷⁰

O trabalho tinha como preocupação central a elaboração de “um pré- projeto de lei que fosse fundado em princípios precisos e coerentes, consistência jurídica e politicamente ajustado à realidade brasileira”.⁷¹

Desta forma, Potyara Pereira, Vicente de Paula Faleiros e Pedro Demo, professores da

⁶⁸ Boschetti (2006: 187) assinala que as primeiras reflexões teóricas sobre a assistência social que a situam como política pública datam do início dos anos 80. Os trabalhos pioneiros que apresentaram tentativas de sistematizar, avaliar e discutir o significado da assistência no âmbito das políticas públicas foram: Vicente Faleiros (1982, 1984); Teixeira (1984) e Sposati (1985). Para uma lista mais completa das produções no período entre os anos de 1983 a 1989, ver Sposati e Falcão (1989).

⁶⁹ Realizado no período de 8 a 11 de julho de 1986 em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP o I Seminário Nacional “As Políticas Sociais na Nova República: Transformação da Assistência Social no País” possibilitou a concretização de um vínculo de pesquisa com as representações sindicais dos servidores da LBA, desencadeando o aprofundamento de temas decorrentes de uma pesquisa já em curso e intitulada: LBA: identidade e efetividade de ações no enfrentamento da pobreza brasileira”. Os dois tópicos alvos do aprofundamento da pesquisa referiam-se às Prefeituras, principais parceiras da LBA, e aos usuários da assistência social, às suas estratégias de sobrevivência e ao seu modo de relação com as instituições prestadoras de serviço social (Oliveira 1992:71 *apud* Sposati e Falcão, 1990:7-8), possibilitando, assim, o repensar e o reposicionar das ações da citada Instituição.

⁷⁰ Nessa época, a coordenadora do NEPPS era a professora Potyara Pereira. O grupo de trabalho permanente era composto por 13 pessoas, as quais representavam a UnB, os Ministérios da área social, sobretudo o da Previdência e do Interior (ao qual estavam vinculadas a LBA e a FUNABEM), o antigo CFAS (Conselho Federal de Assistentes Sociais), hoje CEFSS (Conselho Federal de Serviço Social), e algumas entidades privadas (BOSCHETTI, 2006:186).

⁷¹ Depoimento de Potyara Pereira, em entrevista concedida a Ivanete Boschetti em 1996 para sua tese de doutorado.

UnB e membros do grupo⁷², tiveram a responsabilidade de elaborar textos teóricos que subsidiassem a elaboração do pré-projeto da LOAS.⁷³ Foram traçados cinco grandes eixos que deram estrutura ao pré-projeto:

1. A definição conceitual de assistência social
2. O financiamento;
3. A organização e a gestão institucional;
4. Os benefícios;
5. Os serviços, programas e projetos.

Do esforço para a precisão conceitual da assistência social, reconhecida legalmente como direito social, derivou a formulação dos cinco princípios que deram base ao referido pré-projeto e que se relacionam com os eixos citados⁷⁴.

Conforme explicita Boschetti (2006:188-189), o *primeiro princípio* define que a assistência social deve ser concebida como mecanismo intrínseco à lógica do atendimento às necessidades sociais e como política destinada a impor limites à lógica da rentabilidade econômica

O *segundo princípio* aponta que, sendo a política de assistência social resultante da relação Estado e sociedade, sua compreensão deve contemplar a perspectiva histórica. Salienta a referida autora que esse princípio tem dois desdobramentos concretos:

- O primeiro é que a assistência social, concebida na perspectiva histórica, precisa ser arquitetada em função das necessidades sociais, que se transformam historicamente, de tal forma que suas ações acompanhem as transformações econômicas e sociais e não sejam rigidamente determinadas;
- O segundo desdobramento indica o papel ativo que a sociedade deve ter na formulação e no controle das ações assistenciais.

No pré-projeto, a materialização desses princípios se deu na confrontação e acomodação de duas formas de assistência social: uma mais restritiva (limitada pela

⁷² Além dos 13 integrantes permanentes a que me referi anteriormente, cerca de 40 pessoas de Brasília e de outras cidades brasileiras foram mobilizadas para participar das discussões e sugestões a serem incorporadas no texto do pré projeto da LOAS. Pela PUC-SP participou a professora Aldaíza Sposati.

⁷³ O estudo sobre o aspecto conceitual da assistência social foi elaborado pela professora Potyara Pereira; a análise da história da assistência social e da definição de seu público alvo ficou a cargo do professor Faleiros e a pesquisa sobre participação política e comunitária na formulação e no controle social da assistência social ficou sob responsabilidade do professor Pedro Demo. (BOSCHETTI, 2006, p. 187)

⁷⁴ O mérito desta conceituação da assistência social, conforme se verá, constituiu-se num marco histórico para a regulamentação desta área. No Quadro 2, destaco as propostas que mais tarde foram regulamentadas pela LOAS.

Constituição), dirigida à garantia de renda mínima a algumas categorias em situação extrema; e outra mais ampla, voltada para a satisfação das necessidades humanas e sociais. Esta última modalidade pressupõe a articulação da assistência social com as demais políticas socioeconômicas e prevê a garantia de serviços integrados e dinâmicos, definidos em função das necessidades historicamente determinadas (BOSCHETTI, 2006: 189).

O *terceiro princípio* afirma que o direito a assistência social é um direito coletivo e por isso exige a participação estatal direta e efetiva, isto é, que o Estado deve ter a primazia na garantia dos direitos assistenciais.

O *quarto princípio* preconiza que assistência social difere da lógica contratual que orienta a previdência social. Sendo uma política não-contributiva, seu financiamento deve ser custeado com recursos do orçamento fiscal da União, dos estados e municípios, especialmente do faturamento do lucro das empresas e não das contribuições sociais.

O *quinto princípio* defende que a organização e a gestão devem ser caracterizadas pela descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e com participação direta da população na formulação e no controle da execução dessa política.

Quadro 3. Princípios-base da elaboração da LOAS e texto final

Princípio	LOAS
Assistência social deve ser concebida como mecanismo intrínseco à lógica do atendimento às necessidades sociais e como política destinada a impor limites à lógica da rentabilidade econômica.	Art. 4º, inciso I – Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica.
O direito a assistência social é um direito coletivo e por isso exige a participação estatal direta e efetiva, isto é, o Estado deve ter a primazia na garantia dos direitos assistenciais.	Art.5º, inciso III – Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.
Assistência social difere da lógica contratual que orienta a previdência social. Sendo uma política não-contributiva, seu financiamento deve ser custeado com recursos do orçamento fiscal da União, dos estados e municípios, especialmente do faturamento do lucro das empresas e não das contribuições sociais.	Art.28 – O financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos nesta Lei far-se-á com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, das demais contribuições sociais previstas no artigo 195 da Constituição Federal, além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS.
A organização e a gestão devem ser caracterizadas pela descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e com participação direta da população na formulação e no controle da execução dessa política.	Art. 5º, inciso II – Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis da LOAS.

Fonte: Boschetti (2006: 188-189); LOAS (1993). Elaboração própria.

Para o objeto de nosso estudo, é importante ressaltar que neste pré-projeto da LOAS, elaborado pelo grupo da UnB/IPEA, dois direitos constitucionais foram propostos:

- benefícios permanentes de substituição de renda (para idosos, crianças e pessoas com deficiência);
- benefícios eventuais (serviços, programas e projetos para cobrir situações temporárias de vulnerabilidade, como nascimento, morte e catástrofes).

Boschetti (2006:193) enfatiza que os benefícios eventuais deveriam ser guiados pela lógica do atendimento às “necessidades sociais” e não poderiam ser condicionados pelo restritivo critério da incapacidade para o trabalho. Já quanto aos benefícios sistemáticos de substituição de renda, apesar de limitados pela abrangência a duas categorias – idosos e deficientes – eles foram estendidos a famílias pobres com crianças e adolescentes menores de 14 anos, sob a forma de um abono familiar.⁷⁵

Fica claro então que a incapacidade para o trabalho e as vulnerabilidades próprias do ciclo de vida foram decisivas no estabelecimento do dever público de garantia da assistência social. É por isso que o desenho do Benefício de Prestação Continuada não pode ser analisado sem que se avaliem as características que foram dadas à política de assistência social.

No anteprojeto da Lei Orgânica da Assistência Social proposto pelo grupo da UnB/IPEA, o capítulo VI, que trata “Dos Benefícios e Serviços”, ficou assim proposto:

[...] Art. 14 – A assistência social compreende benefícios de prestação continuada, serviços sociais específicos e auxílios eventuais.

Seção I

Dos Benefícios de Prestação Continuada

Art.15 – Os benefícios de prestação continuada visam assegurar o acesso à renda mínima e são: o abono família, a renda mínima para o idoso e a renda mínima para o deficiente.

Art.16 – Os benefícios de prestação continuada têm caráter subsidiário, cessando no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem.

Art.17 – O abono família é devido às famílias que tenham renda mensal familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, na proporção do respectivo número de filhos ou equiparados até 14 anos.

Parágrafo 1º – O valor da cota do abono família é de 10% do salário mínimo para cada filho ou equiparado, até o máximo de 50% do salário mínimo.

⁷⁵ Na LOAS essa proposta foi reduzida a um benefício subsidiário a crianças até 6 anos. O art. 22, inciso III da LOAS define: “O Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, ouvidas as respectivas representações dos estados e municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% do salário mínimo para cada criança de 6 (seis) anos de idade, nos termos da renda familiar estabelecida no *caput*”.

Parágrafo 2º – As famílias cujos integrantes recebam salário família ou benefícios previdenciários equivalente terão os respectivos valores descontados no abono definido no *caput* deste artigo.

Parágrafo 3º – O abono família será concedido apenas a um dos pais ou ao responsável pela guarda ou tutela da criança.

Parágrafo 4º – A internação da criança por medida judicial em período superior a seis meses implica a suspensão do abono família.

Art. 18 – A renda mínima para o idoso é o benefício mensal de um salário mínimo concedido à pessoa com idade superior a 68 anos que não possua meios de prover a própria subsistência ou de tê-la provida por sua família.

Art. 19 – A renda mínima para o deficiente é o benefício de um salário mínimo mensal concedido à pessoa portadora de deficiência física ou mental, independente da idade, que não disponha de recursos próprios ou familiares para sua manutenção.

Parágrafo Único – Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela cuja deficiência incapacite para a vida independente e para o trabalho, ou exija tratamento e atenção especiais.

Art. 20 – Para efeito de concessão da renda mínima para o idoso e para o deficiente, a família sem condições de manutenção é aquela cuja renda familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Art. 21 – No caso do idoso e do deficiente qualificados nos artigos 18, 19 e 20 perceberem alguma renda inferior ao salário mínimo, o benefício da renda mínima terá caráter complementar até atingir o valor de um salário mínimo.

Art.22 – A situação do internado ou asilado não prejudica o direito do idoso e do deficiente à renda mínima, mas seu valor será reduzido a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, se a internação for gratuita.

Art.23 – A operacionalização dos benefícios de prestação continuada de que tratam os artigos 17, 18 e 19 desta lei será definida em regulamentação específica pelo Instituto Nacional de Assistência Social – INAS, com a participação dos órgãos de coordenação da assistência social estaduais e municipais e da população.

Parágrafo Único – O regulamento de que trata o *caput* deste artigo definirá as formas de comprovação do direito aos benefícios, as condições de sua suspensão, os procedimentos em casos de curatela e tutela, o órgão de credenciamento, de pagamento e de fiscalização do benefício, entre outros.

Além desse pré-projeto elaborado pelo grupo da UnB/IPEA, outros dois projetos foram elaborados: um pelo MPAS e outro pela LBA⁷⁶, revelando os conflitos interinstitucionais que estiveram presentes durante todo esse processo e posteriormente no

⁷⁶ Boschetti (2006. 198-199) afirma que a motivação para que os profissionais da LBA representados pela ANASSELBA (Associação Nacional dos Servidores da LBA) apresentassem o pré-projeto estaria ligada a não concordância em relação ao princípio constitucional de descentralização. Esse grupo recebeu o apoio da FUNABEM, CORDE E SEHAC, instituições também vinculadas ao Ministério do Interior. O pré-projeto da UnB/IPEA, atendendo a esse preceito constitucional, propunha explicitamente que todas as instituições nacionais fossem fundidas, formando o Instituto Nacional de Assistência Social (INAS) e tivessem sua função limitada ao planejamento e organização. Em relação ao pré-projeto apresentado pela Secretaria Nacional de Assistência Social do MPAS, a autora aponta para a intenção de o citado Ministério reduzir o espaço atribuído à assistência social pelo pré-projeto da UnB/IPEA, “reduzir ao mínimo o campo assistencial, para que esse não absorvesse recursos da previdência”.

debate sobre a regulamentação da LOAS.

O presidente Sarney não enviou esse projeto ao poder legislativo⁷⁷, explicitando desta forma uma postura de resistência à criação e consolidação da seguridade social tal como prevista na CF de 1988.

Cabe destacar que, promulgada a Constituição de 1988, instituiu-se na Câmara dos Deputados a Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social. No ano de 1989 esta Comissão teve a iniciativa de promover três simpósios – um da previdência, outro da saúde e o terceiro da assistência social – com o objetivo de “convocar a sociedade para trazer suas experiências e propostas para a complementação da Carta Magna”⁷⁸.

No I Simpósio Nacional sobre a Assistência Social, os três pré-projetos da Lei Orgânica da Assistência Social foram debatidos. No pré-projeto apresentado pelo MPAS, os benefícios de transferência de renda foram limitados aos idosos e às pessoas com deficiência, excluindo-se então os benefícios para as crianças. É desse pré-projeto a concepção de que a assistência social deveria restringir-se às categorias cuja incapacidade para o trabalho era visível.

Do acirrado debate acerca dos três pré-projetos, um novo projeto de lei (PL) foi elaborado. Em grande parte, o projeto da UnB/IPEA prevaleceu, porém, mudanças importantes atingiram diretamente “o coração da idéia de seguridade social”. Os aspectos relativos à organização e gestão indicavam a criação de uma Secretaria Nacional de Assistência Social, vinculada à Presidência da República, ao invés do Ministério da Seguridade Social com três Institutos Nacionais, conforme propunha o pré-projeto da UnB/IPEA, impedindo, desta forma, a instituição de uma relação orgânica entre as três políticas integrantes da seguridade social, ausência sentida até hoje.

Emergiram dessa arena política, marcada pelo conflito de interesses, 106 propostas de emendas, das quais 75 referiam-se aos aspectos relativos à organização e gestão. A descentralização político-administrativa, embora traduzisse um preceito constitucional, foi o principal alvo das emendas. De fato, tal preceito constitucional significava mudanças profundas na área de assistência social, o que implicava a ruptura de poderes institucionais e

⁷⁷ O Presidente da República não seguiu os preceitos constitucionais em relação ao prazo de envio do pré-projeto ao parlamento. Este, então, assumiu uma prerrogativa reservada ao poder executivo e apresentou os três projetos de lei destinados a regulamentar as três políticas da seguridade social.

⁷⁸ Pronunciamento do deputado Raimundo Bezerra na abertura do I Simpósio Nacional sobre Assistência Social realizado nos dias 30 e 31 de maio e 1º junho de 1989 em Brasília e do qual era presidente. Anais do I Simpósio, 1989:21.

práticas cristalizadas em torno da execução da política de assistência social. A extinção da LBA é um bom exemplo para essa questão.

No âmbito da Comissão de Saúde, Previdência e Assistência Social estavam em cena duas posições bem distintas:

[...] de um lado estavam aqueles que desejavam concretizar o conceito de seguridade social introduzido pela Constituição Federal de 1988 e que, para tal, investiam na recomposição radical do campo assistencial, de outro lado, estavam aqueles que se opunham a tais mudanças e que não escondiam seus interesses em manter esse campo social subordinado a formas de organização e gestão permeáveis ao clientelismo político e à corrupção (BOSCHETTI, 2006: 206).

Como se pode observar, a tensão permanente entre a assistência social enquanto direito social e a assistência social enquanto filantropia, fisiologismo e benesse permeou os embates em torno da proposta da UnB/IPEA, transformado no Projeto de Lei nº. 3.099/89.

Cabe destacar que o relator do referido PL, Deputado Nelson Seixas, à época presidente da Federação Nacional das APAE(s), foi um dos principais articuladores das propostas que permitiram alterações profundas distanciando-o significativamente da proposta do PL original. Esse mesmo deputado apresentou um PL substitutivo, além de não ter acatado boa parte das propostas de emendas apresentadas. Conforme aponta Mestriner (1992:152), ele era um dos que defendiam a permanência da LBA, “confiando a coordenação e supervisão de ações na área de assistência social à LBA”:

A análise das emendas recebidas demonstra claramente a intervenção da Federação Nacional das APAES no sentido da alteração da definição de “pessoa portadora de deficiência”, critério de seleção e garantia de atendimento; e violento “lobby” realizado pelas instituições federais de assistência social, mais explicitamente pela LBA, que por iniciativa da sua direção, organiza um grupo de trabalho paritário (servidores e instância oficial) para elaboração das referidas emendas, bem como para atuação junto ao Congresso, com vistas a sua aprovação e conseqüente manutenção do órgão (*idem*, 152).

A descentralização político-administrativa, o comando único em cada esfera de governo e a integração das três políticas que compunham o campo da seguridade social foram derrotados neste PL, que foi aprovado em 26 de outubro de 1989 e sofreu nova redação em 28 de novembro do citado ano.

No que se refere ao capítulo VI – Dos Benefícios e Serviços, no projeto de lei nº.3099/89, as principais alterações em relação ao anteprojeto apresentado pelo grupo da UnB/IPEA, se referiram à:

- inclusão dos auxílios eventuais – o auxílio-natalidade e auxílio-funeral;
- exclusão ao abono família das famílias cujos integrantes recebessem salário-família;
- mudança na definição da pessoa portadora de deficiência, considerando-se “pessoa portadora de deficiência aquela que se desvia acentuadamente da média, por suas características físicas, mentais e sensoriais”;
- redução na idade do idoso de 68 para 65anos;
- alteração do valor *per capita* de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ salário mínimo;
- restrição no período de concessão para dois anos, o que seria observado por meio de reavaliação técnica no caso da pessoa com deficiência e “por prova de vida e de idade” no caso da pessoa idosa;
- vinculação dos reajustes do benefício aos reajustes do salário mínimo;
- previsão de cancelamento em casos de desistência, falecimento, capacidade para o trabalho no caso da pessoa com deficiência e irregularidades no cumprimento da lei;
- responsabilidade sobre a operacionalização do benefício, que deixaria de ser feita pelo INAS e passaria a ser realizada pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS;
- realização de concessão do benefício, que se daria por meio de requerimento do órgão responsável pela assistência social.

Mesmo tendo sido enviado em dezembro de 1989 à Comissão de Finanças e Tributação, seguindo os trâmites ordinários da Câmara dos Deputados, o recesso parlamentar fez com que o PL só fosse retomado em abril de 1990, quando Fernando Collor de Mello já era o Presidente da República.

Em 17 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Assistência Social foi totalmente vetada pelo então Presidente, sob o argumento da impossibilidade de recursos para cobrir os benefícios de prestação continuada, além de chamar a atenção para o que ele chama de “uma assistência social responsável”.

[...] Entre as razões ponderáveis, que justificam o veto, sobressai a da existência, na proposição, de dispositivos contrários aos princípios de uma assistência social responsável, que se limite a auxílios a camadas

mais carentes à população, sem, contudo comprometer-se com a complementação pecuniária e continuada de renda, papel este de uma ação voltada a maior disponibilidade de empregos e salários dignos. [...] Na verdade além de ampliar a concessão do benefício da Renda Mensal Vitalícia para carentes, idosos ou deficientes, estes sem limite de idade, o projeto cria um abono-família mensal, com características de renda familiar, incompatível com os fins da assistência social, de complexa operacionalização e absorvedor de uma gama de recursos que afetaria a dotação de outras ações mais condizentes com os princípios insculpidos na Constituição (MESTRINER, 1992).

Como bem observa Boschetti (2006), a questão central para o veto do Presidente da República estaria ligada, sobretudo, ao interesse em manter a assistência social fluida e indeterminada, de forma a permitir a utilização dos recursos e ações segundo critérios subjetivos e subordinados a interesses eleitorais, conforme seu governo – que culminou com um *impeachment* – fez amplamente.

Depois do veto, observa-se um longo período de silêncio em relação à Lei Orgânica da Assistência Social. Não se registrou nenhum tipo de manifestação, o que demonstra, à época, a inexistência de interlocutores políticos mobilizados e dispostos a lutar contra o veto. O novo PL ressurgiu pelas mãos do então deputado Geraldo Alckmin em 1991, a pedido do ex-deputado Raimundo Bezerra. Sob nº. 626/91, o projeto recupera sua versão inicial, ou seja, aquela construída pelo grupo UnB/IPEA, conservando da lei nº. 3099/89 os critérios de atribuição dos benefícios e atualizando-se em relação ao Ministério da Ação Social, recém criado pelo presidente Collor, e ao qual se vinculavam a LBA⁷⁹ e a FUNABEM, então renomeada Centro Brasileiro para Infância e Adolescência (CBIA).

Conforme justificção do deputado Geraldo Alckmin

[...] O presente projeto [...] guarda, na íntegra, a estrutura e os enunciados do PL 3099/89 [...] com pequenas modificações que se fizeram necessárias em virtude da criação do Ministério da Ação Social [...]. É importante ressaltar que, com raras alterações promovidas no âmbito das Comissões, o projeto no qual se espelha a nossa proposta foi aprovado por ambas as Casas do Congresso Nacional, após consultas, debates e relevantes intervenções da sociedade civil. Esperamos, por isso, contar com o apoio dos nobres Pares para a sua urgente conversão em lei (*apud* MESTRINER, 1992).

Um movimento pró-assistência social começa a ser articulado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) com o

⁷⁹ Diferentemente dos governos anteriores, nos quais a Primeira-Dama assumia a presidência de honra da LBA, Rosane Collor de Mello, esposa do Presidente da República, assumiu a direção política e administrativa da instituição. Exemplo de corrupção ocorrida neste período foi a transferência de recursos da LBA a uma entidade filantrópica fictícia dirigida por membros de sua família em Canapi (AL) (BOSCHETTI, 2006:215).

apoio da ANASSELBA, ABEPSS, Frente Nacional de Gestores Municipais e Estaduais, Movimentos pelos Direitos das Pessoas com Deficiência, dos Idosos, das Crianças e Adolescentes, pesquisadores de várias universidades (SPOSATI, 2004:46), todos exigindo a regulamentação da assistência social.

Mas foi somente após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello, ocorrido em 30 de setembro de 1992, que a exigência pela regulamentação da LOAS volta à cena pública. Em 25 de agosto, o Presidente da República Itamar Franco envia para a Câmara Federal, em regime de urgência, o projeto de lei nº.4.100/93.

O CEFESS e a ABEPSS, com a presença dos CRESS, organizaram forças políticas e constituíram uma comissão interlocutora composta por Aldaíza Sposati, Carmelita Yazbek, Ana Lígia Gomes, Potyara Pereira, Rosângela Batistoni e Laura Lemos Duarte (ibid., p. 58) que participou dos debates sobre emendas ao texto constitucional.

O seminário nacional intitulado “Obstáculos e Perspectivas da Assistência Social no Brasil” promovido pela ANASSELBA em parceria com o CFESS, em junho de 1991, retomou o processo de regulamentação da política de assistência social. O principal resultado desse evento foi a deliberação de que as entidades representativas dos assistentes sociais elaborariam um novo projeto de lei de assistência social, resultante de amplo debate em nível nacional. Criou-se uma Comissão Nacional de Assistentes Sociais, que ficou responsável pela elaboração do projeto de lei. No Brasil inteiro se desencadearam discussões que colocaram os assistentes sociais no comando da elaboração do projeto de regulamentação da LOAS. O projeto elaborado em 1989 pelo grupo da UnB/IPEA foi retomado e substancialmente modificado para melhor. Este projeto manteve os três benefícios de prestação continuada para crianças, idosos e pessoas com deficiência e inovou quanto aos programas, projetos e serviços de assistência social.

O projeto de lei elaborado pela Comissão Nacional de Assistentes Sociais era mais completo e preciso que aquele criado pela UnB/IPEA, mas não o contrariava em nada. Ele o melhorava substancialmente, mantendo seus princípios praticamente intocados. Quanto às questões de organização e gestão, esse segundo projeto reforçava a organização da assistência em um sistema único e descentralizado. Tal sistema asseguraria a participação popular por meio do estabelecimento de Conselhos de Assistência Social nas três esferas de governo [...]. A descentralização estava igualmente assegurada pela definição do papel das três esferas de governo [...] (BOSCHETTI, op.cit., pp. 230-231).

O fato de os projetos terem sido apresentados pelos deputados e não pelo Presidente da República configurou o denominado “vício de origem”, constituindo-se em obstáculo para

sua apreciação e trâmites, o que foi superado somente no governo do Presidente Itamar Franco, mas não de forma tranqüila. Pressionado por questões jurídicas e políticas do poder judiciário, da sociedade civil organizada e do poder legislativo, o Ministério do Bem-Estar Social (MBES), cujo ministro era o deputado federal, Jutahy Magalhães Filho, à época deputado pelo PFL e hoje pelo PSDB, estrategicamente remeteu para o Conselho Nacional de Seguridade Social⁸⁰ o debate sobre a regulamentação da política de assistência social. Em 25 de agosto de 1993, o presidente Itamar Franco envia para a Câmara em regime de urgência o projeto de lei nº 4.100/93. No que se refere ao BPC, o vínculo à renda familiar de ½ salário mínimo pretendido neste projeto foi vetado pelo então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso. Em 7 de dezembro de 1993, a LOAS se constitui na Lei nº 8.742.

Apesar de significativa conquista política, a regulação tardia do BPC e sua implementação, que só ocorreram a partir de janeiro de 1996, demonstram mais uma vez a contracorrente em que estava inserida – e continua se inserindo – a política de assistência social.

De um lado, forças em favor da ampliação dos direitos sociais e, de outro, forças movidas por interesses econômicos inconciliáveis com tal ampliação.

Outra questão a destacar é que ultrapassar o dever moral de ajuda para o dever legal de assistência social implica necessariamente romper com interesses particularistas e clientelistas e assumir a assistência social como política pública, como direito e dever estatal, e principalmente como política de seguridade social, campo de proteção social que demarca a transformação de conceitos e práticas nas relações entre Estado, sociedade e cidadania.

⁸⁰ O Conselho Nacional de Seguridade Social foi instituído pela Lei Orgânica da Previdência Social em 24 de julho de 1991. Composto pelos ministros das três políticas de seguridade e por representantes dos trabalhadores, dos empregadores e dos aposentados e pensionistas, foi extinto, conforme já mencionado, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, em 1999.

CAPÍTULO 3. O BPC EM CAMPINAS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Fundada em 1774, Campinas surgiu com a economia sustentada na produção da cana de açúcar, que começa a se destacar já no início do século XIX. Nas décadas seguintes, teve início o cultivo do café e logo a região de Campinas assumiu a posição de maior produtora da nação. Em 1860, já era o mais rico município paulista, contando com as ferrovias da Mogiana e da Sorocabana, constituindo-se, desta forma, no “maior entroncamento ferroviário do Império” (CANO & BRANDÃO, 2002) que ligaria as regiões produtoras de café do interior paulista ao porto de Santos.

O expressivo crescimento econômico e urbano na região de Campinas, decorrente da implantação de várias indústrias, posicionou o município como centro de liderança política e econômica do estado de São Paulo.

Com a crise da economia cafeeira, a partir da década de 1930, Campinas assumiu uma fisionomia mais industrial e de serviços. A cidade passou a concentrar uma população mais numerosa, constituída de migrantes e imigrantes procedentes das mais diversas regiões do estado, do país e do mundo, que chegavam atraídos pela instalação de um novo parque produtivo (composto de fábricas, agroindústrias e estabelecimentos diversos), definindo um novo momento histórico marcado pela migração e pela multiplicação de bairros nas proximidades das fábricas, dos estabelecimentos e das grandes rodovias em implantação – Via Anhanguera, (1948), Rodovia Bandeirantes (1979) e Rodovia Santos Dumont (década de 1980).

Estes novos bairros, implantados originalmente sem infra-estrutura urbana, conquistaram melhor condição de urbanização entre as décadas de 1950 e 1990, ao mesmo tempo em que o território da cidade aumentava 15 vezes e sua população, cerca de cinco vezes. De maneira especial, entre as décadas de 1970/1980, os fluxos migratórios levaram a população a praticamente duplicar de tamanho.

O município de Campinas, localizado a noroeste da capital do Estado de São Paulo, distando desta cerca de 90 quilômetros, ocupa uma área de 796,4 Km² com uma população estimada em 2008 de 1.056.644 habitantes⁸¹. É a terceira cidade mais populosa do Estado de

⁸¹ Estimativas das Populações Residentes, em 1º de julho de 2008, segundo os municípios. Fonte: www.ibge.gov.br. Acesso em 24 set.2008.

São Paulo, ficando atrás de Guarulhos e da capital paulistana. Sua região metropolitana (RMC) é constituída por 19 municípios⁸² e, segundo dados do IBGE (2007), conta com 2.633.523 habitantes, o que a torna a nona mais populosa do Brasil⁸³.

Campinas é a décima primeira cidade mais rica do Brasil e também a cidade mais rica da Região Metropolitana de Campinas, exibindo um produto interno bruto (PIB) de 20,6 bilhões de reais, que representa 0,96% de todo o PIB brasileiro.

O município é conhecido nacionalmente como um importante centro de produção e difusão de conhecimento tecnológico de ponta, constituindo-se no terceiro maior pólo de pesquisa e desenvolvimento do Brasil. A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD), o Instituto Agrônomo de Campinas (IAC), o Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL) e o Laboratório Nacional de Luz Síncrotron (LNLS) são alguns exemplos de importantes centros de ensino e pesquisa da cidade.

Se, por um lado, apresenta tantas potencialidades, bons níveis de qualidade de vida e possibilidades de oferta de trabalho, por outro, Campinas enfrenta os grandes desafios das metrópoles contemporâneas, onde a demanda por serviços públicos é, invariavelmente, maior do que sua oferta na quantidade necessária e na qualidade desejada.

Em relação à população com 60 anos e mais, dados do IBGE de 1º de julho de 2008 apontam para 11,38%, o que corresponde a 120.246 pessoas. Esse índice é maior do que o índice do Estado de São Paulo (10,52%). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a cidade é também considerada “cidade longeva”, ou seja, possui mais de 100 idosos acima de cem anos de idade. Em relação aos domicílios com renda *per capita* até ¼ do salário mínimo, dados do Censo do IBGE de 2000 apontam para 4,39% do total da população, ou seja, 42.556 pessoas.

No que se refere à população com deficiência, o último Censo realizado pelo IBGE em 2000 aponta que o município possui 15,4 % da população com algum tipo de deficiência. Considerando-se a população de 1.056.644 estimada pelo referido Instituto para o ano de 2008, teríamos então aproximadamente 162.723 pessoas com deficiência, o que significa 9% a mais do que o estimado pelo Censo de 2000, um crescimento de 1,1% ao ano.

⁸² As 19 cidades que fazem parte da RMC são: Americana, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Artur Nogueira, Santo Antonio de Posse, Santa Bárbara D'Oeste, Jaguariúna, Pedreira, Nova Odessa, Itatiba, Vinhedo, Monte Mor, Indaiatuba, Holambra, Valinhos, Paulínia, Hortolândia, Sumaré e Campinas.

⁸³ Fonte: site da Prefeitura Municipal de Campinas: www.campinas.sp.gov.br. Acesso em 01 jun.2008.

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do mês de junho de 2008, demonstram que Campinas possui 10.122 beneficiários do BPC, sendo 5.069 pessoas com deficiência e 5.053 pessoas idosas, o que significa a entrada mensal de R\$ 4.184.269 (quatro milhões, cento e oitenta e quatro mil e duzentos e sessenta e nove reais) para a economia do município.

O setor agrícola tem uma participação bastante reduzida na economia local, respondendo por apenas 0,71% do PIB e por 0,60% das ocupações. É o setor que paga a menor remuneração média (R\$ 884,00). Os serviços, por outro lado, têm a maior contribuição ao PIB municipal, respondendo por 54,69% do total. No tocante ao emprego, sua participação é igualmente expressiva – 53,36% das ocupações. A remuneração média dos serviços é a segunda melhor da cidade (R\$ 1.798,55), ficando apenas atrás da remuneração média da indústria. Este setor, que emprega 19% dos ocupados – e responde por 44% do PIB municipal – tem a cifra de R\$ 2.121,00 como valor médio de remuneração⁸⁴. Segundo o IBGE, a renda *per capita*, ano base 2007, atingiu o valor de R\$ 10.774,00.

Campinas está classificada pela Fundação SEADE (2006) como um Município do Grupo 2 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)⁸⁵, que agrega os municípios bem posicionados na dimensão riqueza, mas com deficiência em pelos menos um dos indicadores sociais. Em duas variáveis do índice (riqueza e longevidade), a cidade tem um desempenho acima da média estadual, porém em relação à escolaridade o município ficou abaixo da média estadual. Os gráficos abaixo permitem visualizar a comparação tanto do IPRS quanto de alguns índices de desenvolvimento entre a Região de Governo (RG)⁸⁶ o município de Campinas e o Estado de São Paulo.

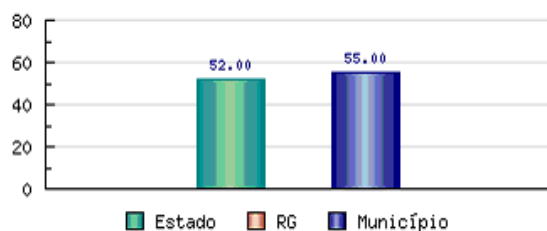
⁸⁴ Relatório de Pesquisa: **Regiões Metropolitanas e Pólos Econômicos do Estado de São Paulo**: desigualdade e indicadores para as políticas sociais – 2007. Realizada pela UNICAMP/ Instituto de Economia/NEPP/NEPO.

⁸⁵ O IPRS, índice criado pela Fundação SEADE em 2002, classifica os 645 municípios do Estado de São Paulo a partir de cinco grupos que revelam a situação deles em relação a três eixos: riqueza, longevidade e escolaridade. Nesse âmbito, o município de Campinas registrou avanços nos indicadores de longevidade e manteve estáveis seus escores de riqueza e escolaridade. Fonte: www.seade.gov.br. Acesso em 26 set.2008.

⁸⁶ Alguns gráficos apresentam somente os dados do município e do Estado de São Paulo.

Gráfico 2. Condições de Vida: IPRS – Dimensão Riqueza – 2004

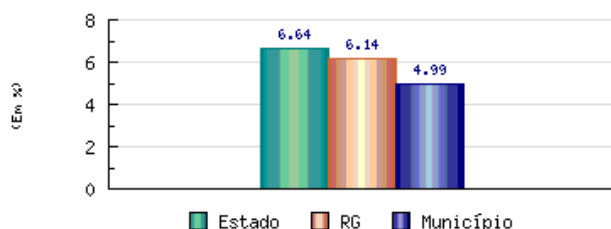
Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS.

Gráfico 3. Condições de Vida: IPRS – Dimensão Escolaridade – em %- 2004

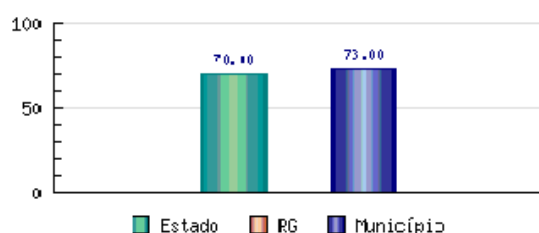
Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico. Fundação Seade.

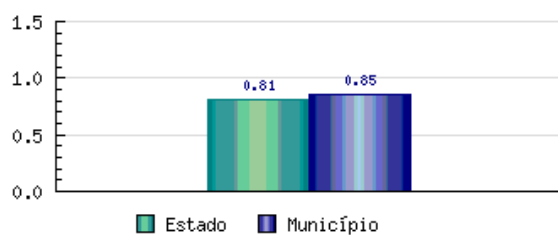
Gráfico 4. Condições de Vida: IPRS - Dimensão Longevidade – 2004

Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



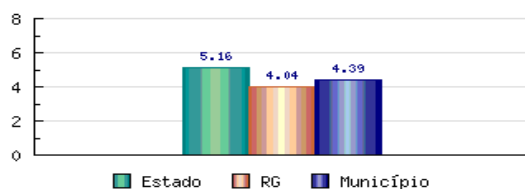
Fonte: Fundação Seade. Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS.

Gráfico 5. Condições de Vida: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM – 2000. Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



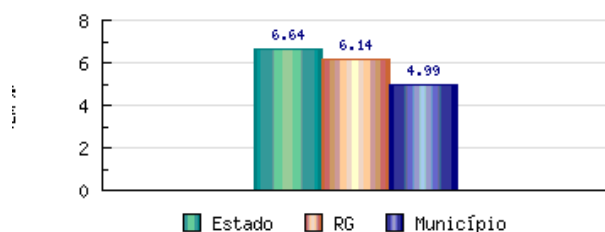
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.
Fundação João Pinheiro – FJP.

Gráfico 6. Condições de Vida: Domicílios com renda *per capita* até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo - em %. Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
Censo Demográfico.

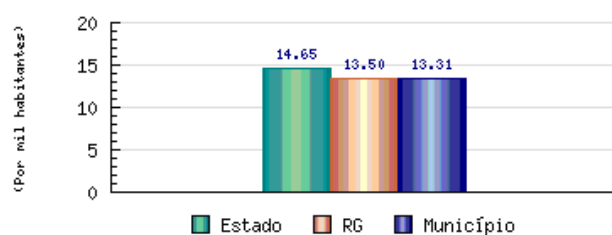
Gráfico 7. Educação: Taxa de Analfabetismo da População de 15 anos e Mais – em %- 2000. Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



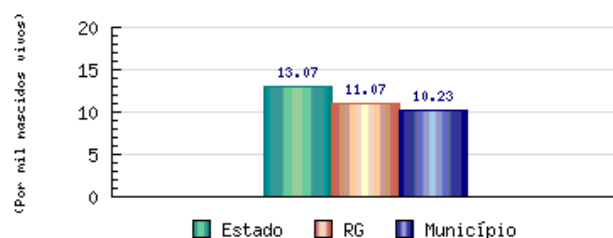
Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
Censo Demográfico.
Fundação Seade.

Gráfico 8. Demografia e Saúde: Taxa de Natalidade – Por mil habitantes- 2007

Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



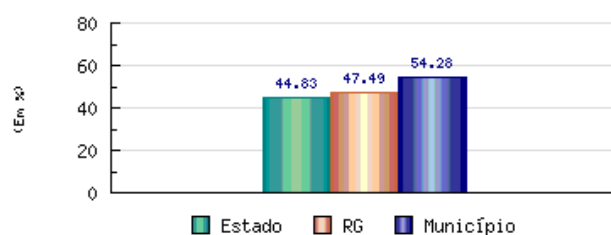
Fonte: Fundação Seade.

Gráfico 9. Demografia e Saúde: Taxa de Mortalidade Infantil – Por mil nascidos vivos- 2007. Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas

Fonte: Fundação Seade.

Gráfico 10. Território e População: Índice de Envelhecimento – em %- 2008

Estado de São Paulo, Região de Governo de Campinas e Município de Campinas



Fonte: Fundação Seade.

Por outro lado, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS⁸⁷ da Fundação SEADE de 2000, o município apresenta vulnerabilidade alta e muito alta para 158 mil pessoas – 16,3% da população – ou 40.000 famílias, população alvo, dentre outras, da política de assistência social. No Estado de São Paulo, o índice da população que se encontra na mesma situação é de 26,4%.

Nota-se o contraste entre os índices de miséria e o prestígio e reconhecimento internacional da cidade. Ao mesmo tempo em que dispõe de um dos principais pólos de desenvolvimento tecnológico do país e da América Latina, a cidade também ficou conhecida como aquela onde se situa uma das maiores ocupações da América Latina, o Parque Oziel e o Jardim Monte Cristo, na região sul do município⁸⁸.

O Mapa da Exclusão/Inclusão Social da cidade (2004), ao lado de outros indicadores, orientou a implantação do Sistema Único de Assistência Social. O município implantou, nas áreas de maior vulnerabilidade, onze Centros de Referência de Assistência Social, unidades públicas estatais que constituem a “porta de entrada” para os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social. O eixo do trabalho nos CRASs é o Programa de Atendimento Integral das Famílias (PAIF) e as famílias beneficiárias do BPC e do Programa Bolsa Família constituem seu principal foco de atenção.

São os CRASs que, finalmente, trazem a possibilidade de retirar o BPC do processo de

⁸⁷ O indicador denominado Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) é resultante de uma tipologia derivada da combinação entre duas dimensões – socioeconômica e demográfica –, que classifica o setor censitário em seis grupos de vulnerabilidade social. A dimensão socioeconômica compõe-se da renda apropriada pelas famílias e do poder de geração da mesma por seus membros. Já a demográfica está relacionada ao ciclo de vida familiar. Na dimensão socioeconômica considerou-se que níveis baixos de renda definem a situação de pobreza, enquanto a escassez de fontes de rendimentos seguros e regulares delimita situações concretas de riscos à pobreza. Entre os maiores riscos destacam-se o desemprego e a inserção precária no mercado de trabalho que, além da irregularidade dos rendimentos, deixa grandes contingentes de trabalhadores excluídos dos benefícios disponíveis para aqueles que estão inseridos de forma regular no mercado de trabalho. A dimensão relacionada ao ciclo de vida das famílias foi expressa pela idade do responsável e a presença de crianças com idade até quatro anos. Diferentemente da dimensão socioeconômica, não há relação imediata entre pobreza e ciclo de vida. Mesmo assim, o ciclo de vida tende a atuar como um fator que potencializa o risco à pobreza. Ou seja, uma família jovem, com crianças pequenas e com baixos ativos cognitivos e econômicos tende a estar mais exposta a riscos sociais do que outra, com os mesmos recursos, mas numa fase posterior do ciclo de vida, quando seus filhos já atingiram a idade adulta, por exemplo. Essa abordagem, além de caracterizar diferentes situações de vulnerabilidade social, permitindo uma melhor compreensão do fenômeno, aponta para a necessidade de formulação de políticas públicas voltadas para situações particulares, como as de famílias com presença de crianças ou de idosos em condição de risco. São seis os grupos ou tipos de área que constituem o IPVS: Grupo 1: nenhuma vulnerabilidade; Grupo 2: vulnerabilidade muito baixa; Grupo 3: vulnerabilidade baixa; Grupo 4: vulnerabilidade média; Grupo 5: vulnerabilidade alta; Grupo 6: vulnerabilidade muito alta. Fonte: www.seade.gov.br/produtos/ipvs. Acesso em 26 set.2008.

⁸⁸ O complexo Jardim Monte Cristo e Parque Oziel encontra-se em processo de regularização. Cerca de 1,7 mil famílias de um total de 2,8 mil já assinaram o termo de adesão ao processo de urbanização e regularização. Fonte: Jornal Correio Popular de 09 de novembro de 2008. Caderno Cidades, 2008: A10.

apartação da política de assistência social. A Norma Operacional Básica (NOB) /SUAS 2005 aponta que a afirmação contínua do BPC como direito de cidadania impõe ação conjugada, eficiente e comprometida, tanto dos órgãos quanto das entidades envolvidas nos processos referentes à sua concessão, gestão e monitoramento e ao acompanhamento dos beneficiários.

3.2. IDOSOS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - NOVOS SUJEITOS DE DIREITOS?

É fato recente a população idosa e a população com deficiência ocuparem lugar de destaque nas políticas públicas em nosso país. Foi durante a década de oitenta que tanto a questão da deficiência quanto do envelhecimento tornaram-se mais visíveis, dada a conjuntura política da redemocratização da sociedade, conforme já referido anteriormente. Nesse contexto, os movimentos reivindicatórios contribuíram efetivamente para a constituição desses novos atores políticos⁸⁹.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que esses grupos conquistaram expressão e espaço nas políticas públicas brasileiras, dados pela ampliação e o reconhecimento dos direitos sociais de crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e pessoas com deficiência pelo Estado.

Este novo lugar ocupado pelas pessoas com deficiência e pelas pessoas idosas, aliado às mudanças demográficas que constituem um proeminente fenômeno mundial e ao percentual expressivo de pessoas com deficiência em nosso país, demonstra também a necessidade de ultrapassar uma perspectiva meramente assistencialista, marca histórica das ações dirigidas a estes segmentos sociais, para um debate situado no paradigma dos direitos. É a partir desse novo cenário que impactos e transformações importantes nas políticas públicas das diversas áreas ganham visibilidade, o que evidencia a relação direta estabelecida entre as transformações da sociedade e o alargamento dos direitos sociais (BOBBIO, 1996:76).

Vejamos alguns dados relativos às *peessoas idosas*:

Segundo a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) 2007, a população idosa no Brasil é hoje de 10,6%, aumento expressivo com relação a 1992, apenas 15 anos atrás,

⁸⁹ Foi muito marcante essa mobilização entre as pessoas com deficiência. Em 1980 ocorreu em Brasília o 1º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes. Desse encontro participaram 1000 pessoas, dos mais variados tipos de deficiência e de todos os lugares do país. Surgia assim o primeiro movimento em que a pessoa com deficiência não era mais representada por outros. Em relação às pessoas idosas, destaca-se a mobilização dos aposentados e pensionistas. Ver, por exemplo, estudos de Caiado (2003), Cabral (2003) e Anais do I Simpósio Nacional sobre Assistência Social. Brasília – 1989.

quando representava 7,9% dos brasileiros. A população com idade inferior a 15 anos, que representou 33,8% da população total em 1992, passou a responder por 25,2% em 2007. A queda acelerada das taxas de fecundidade e da mortalidade registradas no país provoca mudanças rápidas no ritmo de crescimento da população, em especial da população idosa.

Para visualizar o expressivo crescimento desta população, os dados do quadro a seguir são esclarecedores.

Quadro 4. Evolução da população idosa no Brasil

Ano	Percentual de Idosos (em relação à população total)	População de Idosos (em milhões)
1940	4%	1,7
1992	7,9 %	11,5
2007	10,6%	19,1

Fonte: IBGE/PNAD, 2007. Elaboração própria.

Para o ano de 2025, a previsão é que esse percentual se eleve para 13,8%, o que significa, em números absolutos, que o Brasil ocupará a sexta posição entre os países com maior população de idosos do mundo. Cabe ressaltar que, segundo a ONU, um país com 15% da população total de idosos é considerado um país envelhecido.

O crescimento da população idosa com mais de 80 anos também foi confirmado pelos dados da PNAD/2007: Primeiras Análises. Entre 1992 e 2007, sua participação na sociedade aumentou de 1% para 1,4%, o que significa um universo de 1,6 milhões de pessoas. Além disso, esses idosos contribuíam com mais da metade da renda familiar, em uma média de 54,9%. Desta forma, em tempos de desemprego e de precarização do trabalho, o idoso também passa a ocupar novo lugar dentro da família, sendo crescente o número de famílias em que o sustento está em suas mãos por constituir a única renda segura e previsível.

Em relação à importância do BPC, um dado chama a atenção. Se olharmos para a distribuição da população de idosos por classes e rendimento médio domiciliar *per capita*, (PNAD/2006), verificaremos que 12,4% viviam com rendimentos de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, ou seja, em situação de pobreza. Já no subgrupo de idosos com 65 anos ou mais, esta proporção era um pouco menor, 10,9%, podendo indicar, em certa medida, o avanço em relação à cobertura do BPC que é dirigida a este contingente⁹⁰.

⁹⁰ Fonte: Síntese de Indicadores Sociais realizada pelo IBGE com base na PNAD de 2006. IBGE, 2007.

A conquista da aposentadoria e do benefício rural⁹¹, a ampliação do acesso ao BPC, a gratuidade nos transportes, a promulgação do Estatuto do Idoso, bem como as melhorias na área da saúde, com mais e novos remédios, mais médicos e equipamentos e novas especialidades são pontos importantes na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, apontados pelos próprios idosos em pesquisa recente realizada pela Fundação Perseu Abramo⁹².

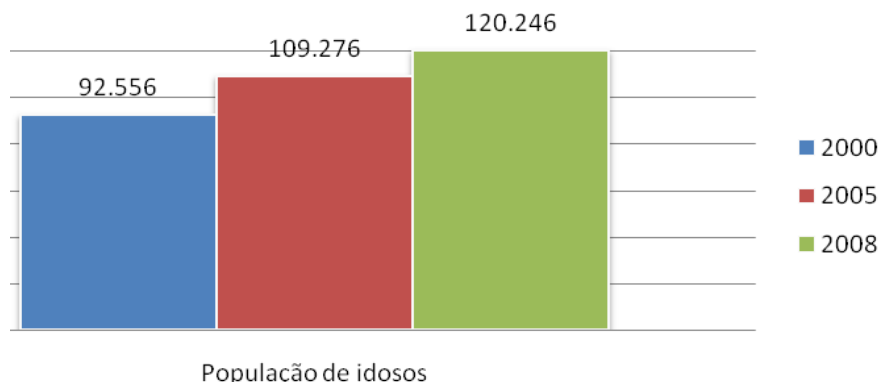
Na mencionada pesquisa, quando os idosos com mais de 60 anos foram perguntados se está melhor ou pior a situação dos idosos no Brasil nos dias de hoje em comparação com a época em que eram mais jovens, 56% disseram que a situação está melhor. Além dos aspectos referidos, os idosos ainda incluíram o lazer, enfatizando atividades como reuniões, conversas, passeios, jantares, chá e lanches, viagens, dança, teatro, ginástica, caminhada, bingo e trabalhos manuais, atividades que antes não eram ofertadas para esse público.

Em Campinas, o crescimento da população idosa pode ser observado por meio dos seguintes dados constantes do Censo do IBGE/ 2000: o contingente da população acima de sessenta anos de idade era de 92.556 pessoas, ou 9,5% da população. Já os dados de 2005 apontavam para um índice de 10,45%, e os dados do IBGE de 1º de julho de 2008 apontam para 11,38%, ou seja, 120.246 pessoas, acima, portanto do índice nacional⁹³.

⁹¹ De acordo com os dados do IBGE, hoje são pagos cerca de 4,6 milhões de aposentadorias por idade para trabalhadores da área rural, entre cerca de 22 milhões de benefícios do sistema contributivo pagos todos os meses. Somados os benefícios de natureza previdenciária ou assistencial, em 2006, quase oito de cada 10 idosos no país recebiam benefícios do INSS.

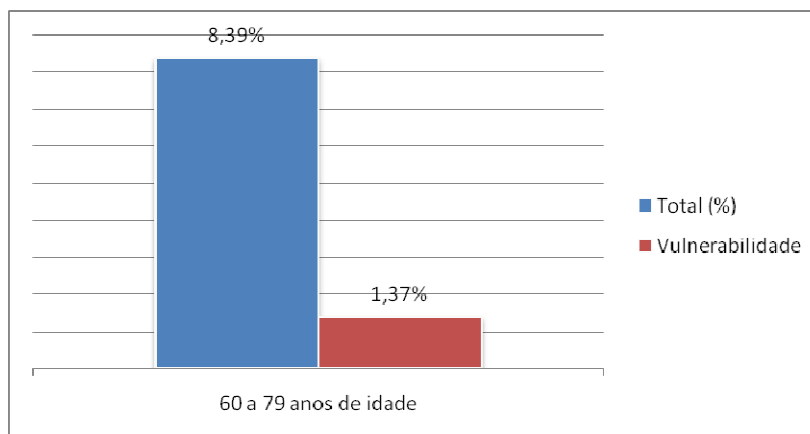
⁹² **Idosos no Brasil:** Vivências, Desafios e Expectativas na 3ª. Idade. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com SESC Nacional e SESC São Paulo. Maio de 2007. Acesso à pesquisa pode ser feito por meio do site: www.fpa.org.br/area/pesquisaidosos.

⁹³ Em 2005, fui solicitada a elaborar um projeto para a criação de um serviço denominado Centro de Referência do Idoso. Este serviço, implantado em agosto de 2006, além de prestar atendimento a pessoas idosas vítimas de violência, ampliou suas ações por meio de um convênio estabelecido entre o município e a Secretaria Especial de Direitos Humanos para implementação do Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (CIAPVI). Já são 20 os CIAPVIs implantados em todo o Brasil. A avaliação e o monitoramento desses Centros têm sido realizados pelo Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), vinculado à Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro. No próximo ano este serviço deverá se constituir no segundo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município.

Gráfico 11. Evolução da população idosa em Campinas

Fonte: IBGE 2000, 2005 e 2008. Elaboração própria.

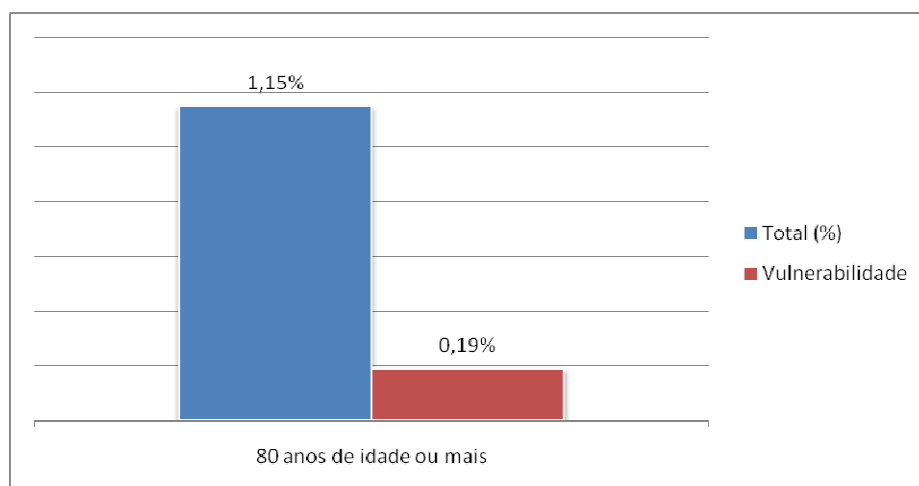
Em relação à população em situação de vulnerabilidade, conforme o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social da Fundação SEADE, realizado com base nos dados do Censo do IBGE de 2000, o município de Campinas registrava 13.262 pessoas acima de 60 anos nesta condição e 1.825 pessoas acima de 80 anos. Ou seja, do total da população campineira em situação de vulnerabilidade (16,3%), 1,56% representa a população acima de 60 anos, ou 15.087 pessoas, sendo 1,37% situado entre 60 e 79 anos e 0,19% a partir de 80 anos, conforme os gráficos a seguir.

Gráfico 12. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE) entre idosos de 60 a 79 anos em Campinas

Fonte: População residente IBGE, 2000 / SEADE. Elaboração própria.

Gráfico 13. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE) entre idosos com 80 anos ou mais em Campinas

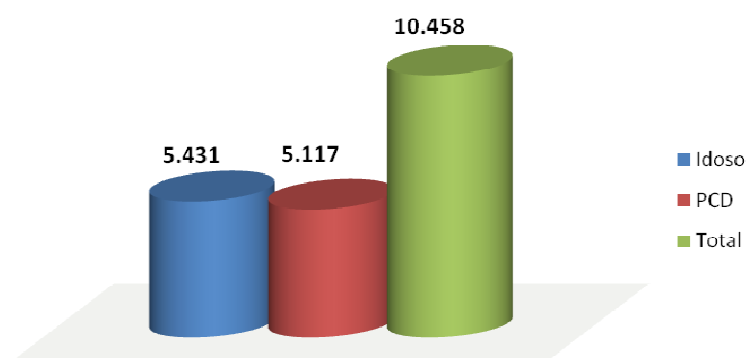
Excluído: ¶
¶



Fonte: População residente IBGE, 2000 / SEADE. Elaboração própria.

Em relação ao número de idosos de Campinas que recebem o BPC, dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) referentes ao mês de setembro de 2008 apontam para 5.341⁹⁴, ou seja, 52% dos beneficiários do BPC do município são idosos.

Gráfico 14. Total de beneficiários do BPC do município em setembro de 2008



Fonte: MDS/2008. www.mds.gov.br. Elaboração própria.

Cabe destacar que em Campinas houve mobilização das pessoas idosas para a criação do Conselho Municipal do Idoso. Em 1992, um grupo constituído por representantes da Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Assistência Social; Legião

⁹⁴ Ressalta-se que pela primeira vez na história do município, desde agosto de 2008, o total de idosos ultrapassou o total de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC.

Brasileira de Assistência (LBA); Divisão Regional de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADS) e Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (FEAC) elaborou o Plano Municipal ao Idoso de Campinas, que previa a criação de “grupos de idosos” em todas as cinco regiões administrativas do município. Nesses grupos eram desenvolvidas diversas atividades e desta participação nasceu o Conselho Municipal do Idoso, efetivado em 28 de dezembro de 1998⁹⁵.

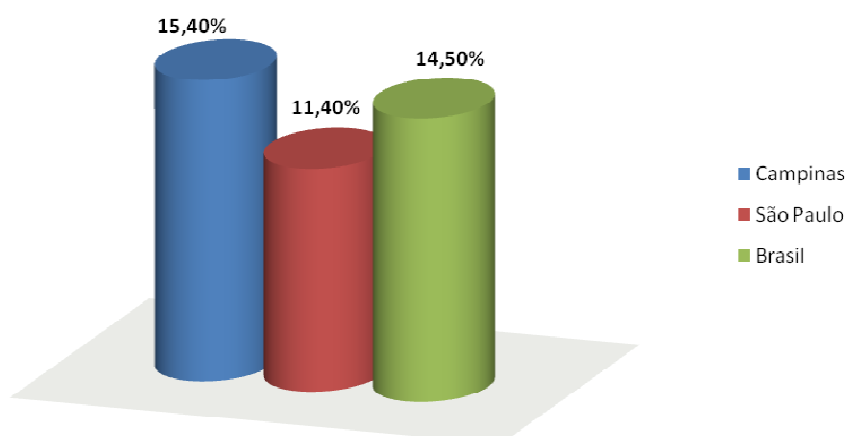
No que se refere às *peessoas com deficiência*⁹⁶, conforme estimativa da ONU (Organização das Nações Unidas), 10% da população tem algum tipo de deficiência, das quais, oficialmente, apenas 3% recebem alguma forma de atendimento. Dados do Instituto Brasileiro de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (IBDD) apontam que, se considerarmos as ligações familiares, no mínimo 20% da população está envolvida com esta questão. No Brasil, as pessoas com deficiência constituem um grupo populacional de 24 milhões de pessoas. Segundo dados do Censo IBGE 2000, 14,5% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, sendo que 70% dessas pessoas vivem abaixo da linha da pobreza, 30% são analfabetas ou têm até três anos de escolaridade e 90% encontram-se fora do mercado de trabalho, o que demonstra que seus direitos, para cuja conquista se vem lutando arduamente, têm sido freqüentemente negados.

O último censo do IBGE (2000) apontou para o município de Campinas, o índice de 15,4% de pessoas com algum tipo de deficiência, ou seja, 149.000 pessoas. Tal índice é maior que o estabelecido no estado de São Paulo (11,4%) e também no Brasil (14,5%).

Gráfico 15. Índice de pessoas com deficiência

⁹⁵ Lei municipal nº 9965, de 28 de dezembro de 1998, publicada D.O.M. de 29/12/1998 e alterada posteriormente pelas leis nº. 10.546 de 14 de junho de 2000 e 10.936 de 06 de setembro de 2001 e a 13.118 de 18 de outubro de 2007, esta, atualmente em vigor, foi publicada no D.O.M. de 19 de outubro de 2007.

⁹⁶ Como observa Sassaki (2002), o uso correto de termos técnicos não é uma mera questão semântica ou sem importância. A terminologia correta é especialmente importante quando abordamos assuntos tradicionalmente carregados de estigmas, preconceitos e estereótipos, como é o caso das deficiências. No Brasil o uso do termo *portador de deficiência* foi bastante utilizado na década de 1980. Porém, as próprias pessoas com deficiência avaliam que elas não “portam” deficiência, pois sendo assim, elas poderiam às vezes portar e outras vezes não. Entendendo a deficiência como uma condição humana, por volta da metade da década de 90, entrou em uso a expressão *peessoas com deficiência*, que, aprovada pelas próprias pessoas com deficiência, permanece até os dias de hoje.



Fonte: IBGE/CENSO 2000. Elaboração própria.

Tabela 2. População com deficiência em Campinas

Ano 2000		
Total Pop. Município: 969.396		
Tipo de Deficiência	N. Pessoas	%
Mental	15.025	1,55
Física ⁽¹⁾	43.622	4,50
Visual ⁽²⁾	64.270	6,63
Auditiva ⁽³⁾	23.367	2,72
Total	146.284	15,4

(1) Tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, amputados e dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas

(2) Alguma ou grande dificuldade permanente em enxergar

(3) Alguma ou grande dificuldade permanente em ouvir

Fonte: IBGE; CENSO/2000. Elaboração: Garcia, 2005.

Os critérios utilizados pelo IBGE, apesar de abrangentes⁹⁷, revelam o número expressivo desse público. A Pesquisa de Informações Básicas Municipais, divulgada pelo referido Instituto, revela que 75%, ou seja, a maioria dos municípios brasileiros reúne até 20

⁹⁷ A abrangência dos critérios utilizados suscitou muitas observações. Em relação à deficiência visual, por exemplo, foi considerado desde aquele que tem alguma dificuldade em enxergar até a pessoa com uma cegueira completa; em relação à deficiência auditiva, foi considerado desde aquele que tem alguma dificuldade em ouvir até a pessoa com surdez permanente.

mil habitantes. Assim, a população com deficiência em Campinas é muito maior que em 75% dos municípios brasileiros. Ressalta-se que o Censo de 2000, realizado pelo IBGE, foi o primeiro censo que incluiu a contagem das pessoas com deficiência no Brasil.

Considerando-se que historicamente a questão da deficiência tenha sido abordada mais como um fenômeno biológico e menos como um fenômeno social e histórico, dados relativos a esse público ainda são limitados. Por isso, para analisarmos a situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência só podemos fazê-lo por aproximação. Considerando-se que a população com deficiência poderia se enquadrar nos grupos de vulnerabilidade alta (7,4%) e muito alta (8,9%) ⁹⁸ estabelecidos pelo IPVS da Fundação SEADE, e com base no Censo de 2000, do total de 146.284 pessoas com deficiência, aplicando-se a somatória dos dois índices acima referidos, aproximadamente 24.000 estariam em situação de alta e muita alta vulnerabilidade, o que pode apontar para uma baixa cobertura do BPC no município.

Cabe evidenciar a importância dos espaços de participação da sociedade civil na indicação de políticas públicas que atendam à suas demandas. Nesse sentido, o protagonismo do município no desenvolvimento de ações coletivas voltadas para esse público merece destaque, mesmo considerando-se os limites que envolvem o exercício da “representação”. Desta forma, a Comissão Municipal de Integração do Deficiente (COMINDE), fórum formalmente constituído por decreto municipal em 1985, composto por representantes do poder público e representantes de organizações não governamentais – ONGs “de” e “para” pessoas com deficiência⁹⁹ – exerceu papel importante na cidade. Essa comissão surgiu em decorrência de outra, instituída em 1981, com o objetivo de organizar a programação das atividades a serem realizadas em comemoração ao “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”, declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU). Portanto, trata-se de referência a um período anterior à Constituição Federal de 1988, considerando que a COMINDE antecedeu o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência

⁹⁸ Conforme apontado na nota 82 desta pesquisa são seis os grupos que constituem o IPVS. O grupo 5 “Vulnerabilidade Alta” engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas. O Grupo 6 “Vulnerabilidade Muito Alta”, o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

⁹⁹ “De” pessoas com deficiência refere-se aos movimentos sociais e “para” pessoas com deficiência refere-se às entidades sociais.

(CMPD)¹⁰⁰.

O ex-presidente e atual conselheiro do CMPD, Fernando Montanari, membro do CVI-Campinas¹⁰¹, militante da luta pelos direitos das pessoas com deficiência em Campinas, fez a seguinte análise em relação à COMINDE:

O primeiro movimento com o objetivo de coordenar a discussão da deficiência em Campinas e levá-la para dentro da administração municipal foi a criação da Comissão Municipal de Integração do Deficiente em 1985. Os trabalhos desenvolvidos pela Comissão foram importantíssimos para que a realidade da deficiência fosse conhecida e que se iniciasse uma série de ações no sentido de modificá-la. A partir da formação da COMINDE e de sua atuação, começa a ser criada uma legislação voltada às pessoas com deficiência, além de várias outras iniciativas do poder público e da sociedade. (MONTANARI *apud* CAIADO, 2003:19).

Garcia (2005:02) também se refere a esse movimento: “É preciso reconhecer que já existe há décadas um movimento pela inclusão social, praticado por pessoas com deficiência e técnicos do poder público e das entidades que atuam nessa área”.

Também merece destaque a participação das pessoas com deficiência no “orçamento participativo¹⁰²” que culminou com a criação de um serviço público denominado Centro de Referência da Pessoa com Deficiência (CRPD)¹⁰³.

Além do Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência (CMPD), em

¹⁰⁰ Esse conselho foi criado em 1999 com o nome de Conselho Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE), de cuja criação, em 1999, participei, e do qual fui conselheira nos últimos quatro anos. (2004 – 2007)

¹⁰¹ O Centro de Vida Independente (CVI), movimento criado na década de 70 por pessoas com deficiências físicas severas após a Guerra do Vietnã, tem por filosofia a vida independente sem a tutela do Estado, porém sem isentá-lo de suas responsabilidades. No mundo todo existem 500 CVIs, no Brasil, 20 e o de Campinas, no qual sou conselheira, foi criado em 1997 por Vinicius Gaspar Garcia, que, ao lado do Fernando Montanari, são expressivos militantes da luta pelos direitos das PCDs.

¹⁰² Orçamento Participativo foi um Programa do Governo da Gestão Democrática e Popular que governou Campinas de 2001 a 2004. É um processo de democracia direta, voluntária e universal, em que a população discute e decide sobre o orçamento e as políticas públicas. Constitui-se por Assembléias Populares Regionais, Assembléias Populares Temáticas (assistência social, saúde, educação, habitação, cultura, desenvolvimento econômico e tributação) e Temas da Cidadania (mulheres, comunidade negra, jovens, idosos, pessoas com deficiência e homossexuais). Nas questões relativas à assistência social, saúde e educação, a discussão se baseia nas políticas aprovadas nas respectivas Conferências Municipais. Fonte: Cartilha do Orçamento Participativo. Prefeitura Municipal de Campinas – 2002.

¹⁰³ Este serviço, inaugurado em 2004, nasceu de uma proposta inovadora, discutida no Conselho Municipal, com ampla participação das pessoas com deficiência. Entre os objetivos do serviço incluíam-se a constituição de um banco de dados com informações dos serviços públicos destinados às pessoas com deficiência, a articulação da rede socioassistencial e das políticas setoriais, a capacitação de recursos humanos, principalmente dos funcionários públicos municipais, além de difundir a questão da deficiência e ofertar cursos de Libras (Língua Brasileira de Sinais). Fiquei responsável pela implantação desse serviço (em 2002) e por sua manutenção até julho de 2007.

Campinas os movimentos sociais denominados Fraternidade Cristã de Pessoas com Deficiência (FCD) e Centro de Vida Independente (CVI), organizações formadas por pessoas com deficiência (física, visual, auditiva, cognitiva e múltipla), constituem-se em espaços importantes de luta e reivindicação dos direitos das pessoas com deficiência.

O município conta com uma rede significativa de serviços públicos e de ONGs voltados para o atendimento desse público, capazes de abranger todos os tipos de deficiência. Mas a fragmentação encontrada na oferta desses serviços faz com que muitas famílias sejam obrigadas a recorrer a diferentes espaços para que suas necessidades sejam integralmente atendidas. Fragmentação existente também entre as ONGs porque suas ações, via de regra, não estão voltadas para o atendimento das necessidades e sim para determinados grupos que se enquadrem na ‘missão institucional’.

No que tange ao transporte acessível, dados da Secretaria Municipal de Transportes de 2008 apontam que, dos 1051 ônibus em circulação na cidade, 144 são acessíveis e 20 vans realizam o transporte “porta a porta” por meio de um sistema de agendamento.

Assim como a maioria da população pobre, grande parte das pessoas com deficiência encontra-se excluída do acesso aos bens e serviços mínimos necessários a uma vida digna; assim, são submetidas a uma dupla exclusão – pela deficiência e pela pobreza.

Por tudo que já se discutiu até aqui, fica evidente a defesa do caráter universal que deve ser dado para as políticas públicas. Mas, não é possível tratar de forma homogênea questão de tamanha complexidade. Se os diferentes graus de limitação das pessoas com deficiência não forem considerados, injustiças certamente acontecerão. É por isso que o acesso é a questão chave para entendermos a complexidade dessa questão.

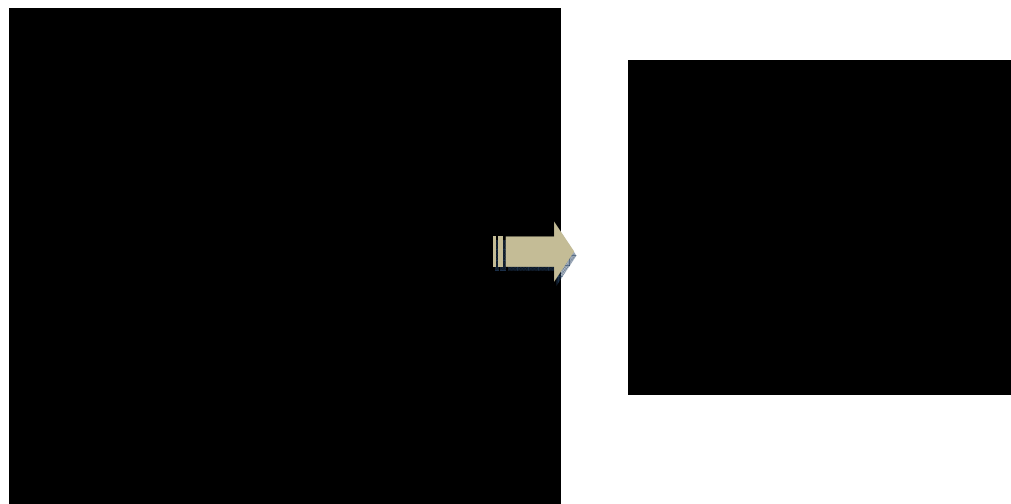
Se tomarmos como referência o território em que a pessoa com deficiência vive, verificamos que este é freqüentemente determinante das suas condições de vida no cotidiano. Isto porque essas pessoas vivem a experiência da desigualdade por terem funcionalidades diferentes. O caso de um cadeirante, ou seja, uma pessoa com deficiência física¹⁰⁴, por exemplo, que resida numa área de ocupação, apresenta uma situação desigual em relação a

¹⁰⁴ Não é incomum o termo *deficientes físicos* ser utilizado para denominar o conjunto da população com deficiência. O decreto n°. 3298 de 20 de dezembro de 1999 categoriza em cinco os tipos de deficiência: deficiência física, deficiência auditiva, deficiência mental – atualmente denominada também de deficiência intelectual, deficiência visual e deficiência múltipla. Em relação a esta nova terminologia (*deficiência intelectual*), há uma tendência mundial e também brasileira de utilizar esse termo por considerá-lo mais apropriado, já que se refere ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo, o que possibilita melhor distinção entre deficiência mental e doença mental (SASSAKI, 2005).

outra pessoa com deficiência que viva em uma área com melhores condições de infraestrutura. Neste mesmo exemplo, um cadeirante residente numa área de ocupação que dependa do serviço público de transporte poderá ou não utilizá-lo, dependendo das condições de acesso que o território oferece para esse fim. Já um cadeirante que possua um veículo adaptado, apresenta uma situação facilitadora para sua mobilidade e conseqüente participação social.

Além da questão territorial, existem singularidades próprias a cada tipo de deficiência, que determinam um complexo cotidiano tanto para o indivíduo quanto para toda a família. É o caso das pessoas com paralisia cerebral grave ou síndromes genéticas que causam incapacidade física total, muitas vezes associada a outra deficiência, como a deficiência mental. São casos em que se exige a dedicação total de um cuidador que, quase sempre, é a mãe.

Portanto, é necessário insistir na impossibilidade de tratar as pessoas com deficiência como se constituíssem apenas um grupo e, ainda, homogêneo. A referência a essas pessoas remete aos diferentes tipos de deficiência física, auditiva, visual, mental e múltipla, que apresentam distintas características, especificidades e necessidades. Mesmo entre aquelas com a mesma tipologia, observam-se diferenças importantes. O que importa ressaltar é que ao nos dirigirmos às pessoas com deficiência física, por exemplo, não podemos presumir que todos tenham o mesmo grau de limitação e por isso as mesmas necessidades e possibilidades. São essas especificidades, aliadas à falta de instrumentos que as traduzam com precisão, que contribuem para o elevado número de benefícios negados a este segmento populacional. Estimativa feita pelo MDS em relação ao percentual de indeferimentos dos pedidos do BPC em 2005, demonstra essa realidade.

Gráfico 16. Benefícios requeridos pelas PCD

Fonte: SNAS/MDS 2005. Elaboração própria.

Nesse sentido, o novo decreto de regulamentação do BPC/2007 adquire grande importância para esse grupo, ao introduzir a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁰⁵ na avaliação das condições da deficiência, abandonando, assim, o restrito campo de avaliação médica focada na doença. O Decreto nº. 6.214/07 estabelece que a avaliação da deficiência e do grau da incapacidade será realizada por meio de avaliação médica e avaliação social. A avaliação médica considerará as funções ou estruturas do corpo e a avaliação social considerará os fatores ambientais, pessoais e sociais. Ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e restrições de participação social (BRASIL, 2007, Art. 16, §2º). A relevância do parecer do assistente social, sem dúvida, lhe exigirá elevada qualificação profissional.

Mas, se o novo decreto avança em relação a um maior aperfeiçoamento na definição da incapacidade, da funcionalidade e da saúde da pessoa com deficiência, a ampliação do BPC para o cuidador – seja da pessoa com deficiência ou da pessoa idosa em situação de dependência – precisa ser colocada em pauta. Os cuidados diários dispensados no âmbito familiar às pessoas incapacitadas para as atividades de vida diária carecem de visibilidade pública. A dispensa de cuidados provoca alterações importantes na dinâmica individual e familiar do cuidador porque o limita para o desempenho de outras tarefas, sejam domésticas,

¹⁰⁵ A CIF, cujo foco centra-se na incapacidade, foi estabelecida pela resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS) nº. 54.21, em 22 de maio de 2001, após 20 anos de discussão. Encontra-se publicada em seis línguas consideradas oficiais pela OMS: árabe, chinês, inglês, francês, russo e espanhol. Foi publicada em português em 11 de novembro de 2003 e está disponível na página da OMS na internet. (www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf). Fonte: Centro Brasileiro de Classificação das Doenças (CBCD).

pessoais e sociais, causando, além do sofrimento psíquico e do isolamento social, perda de direitos sociais relacionados ao trabalho e, conseqüentemente, à seguridade social. Decorre daí a urgência de uma política de proteção para o desempenho deste papel de cuidador.

A ampliação do BPC para o cuidador possibilitará que ele alterne os cuidados com outra pessoa da família ou até mesmo com um profissional, afastando, desta forma, os riscos psicossociais associados às tarefas do ato de cuidar, que tem implicações não só sobre sua saúde, mas também de seus familiares.

Novamente há uma diferença entre os dois públicos do BPC. Em relação à pessoa idosa em situação de dependência, considerando-se que o cuidador é em grande parte dos casos a esposa¹⁰⁶, a ampliação do BPC já é uma realidade possível, pois ambos podem acumular o benefício.

A exemplo da Portaria Interministerial nº. 5.153 de 1999¹⁰⁷, que criou uma comissão para elaborar o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, seria interessante retomar esse trabalho articulando as políticas de saúde e de assistência social para o desenvolvimento de estudos sobre os cuidadores dos beneficiários do BPC.

Embora o atendimento domiciliar¹⁰⁸ e a assistência à família façam parte das ações da política de saúde e a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado esteja assegurada pela Lei n.º 7.853 de 24 de outubro de 1989¹⁰⁹, muitas famílias

¹⁰⁶ Estudos apontam que em 98% dos casos pesquisados, o cuidador é alguém da família, predominantemente do sexo feminino (92,9%), maior parte formada de esposas (44,1%), seguidas pelas filhas (31,3%). Ver por exemplo, Karsch (1998).

¹⁰⁷ A referida Portaria Interministerial criada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e publicada no Diário Oficial da União de 08 de abril de 1999, reunia, além de representantes dos Ministérios citados, representantes de Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, e tinha como um de seus objetivos definir as funções do cuidador. Essa Comissão Interministerial não chegou a uma conclusão satisfatória. “Infelizmente, todo esse processo foi interrompido não havendo perspectiva de que venha a ser retomado num futuro próximo” (BORN, 2006). Também em 1999 o Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP (IEE) publicou documento intitulado ‘Publicização do papel do cuidador domiciliar’, onde se caracterizou o perfil desse profissional. O Ministério do Trabalho e Emprego por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) de 2000 descreve a família ocupacional de cuidadores, que compreende cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos (CJAI). O código dessa família ocupacional é 5162. Fonte: www.mte.gov.br Acesso em 16 dez. 2008

¹⁰⁸ “A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados”. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

¹⁰⁹ Publicada no DOU em 25.10.1989 essa Lei dispõe sobre o Apoio às Pessoas Portadoras de Deficiência, sua

não recebem esse tipo de atenção.

É importante deixar claro a importância de que sejam tratados de forma distinta os dois segmentos beneficiários do BPC – idosos e pessoas com deficiência. Como bem enfatiza Góis, Lobato, Senna e Moraes (2008:87):

[...] são segmentos diferentes, com necessidades e vulnerabilidades também diferentes e, portanto, destacar tal diferença é dar visibilidade a esses grupos e indivíduos e às suas necessidades específicas que precisam ser mais bem conhecidas e atendidas.

Mesmo com todos os limites, o BPC é uma grande conquista para esses dois públicos: idosos e pessoas com deficiência. A situação de particular vulnerabilidade – um pelo ciclo de vida e pobreza e outro por desvantagem, deficiência e pobreza – faz com que o acesso ao benefício garanta proteção básica por meio da segurança de rendimentos para o atendimento das necessidades de sobrevivência (GOMES, 2005), o que eleva o patamar de dignidade dos idosos e das pessoas com deficiência em nosso país.

Contudo, registrados os avanços já salientados anteriormente, é preciso diferenciar as coberturas do BPC e as conquistas alcançadas por cada um dos segmentos sociais compreendidos por este benefício.

As *pessoas idosas* encontram importante cobertura em relação ao BPC. Dados de observação, que foram corroborados pela pesquisa de campo, demonstram que a relação “BPC e idoso” está instituída. Ou seja, é grande o reconhecimento do benefício para esse segmento, inclusive por atores sociais de diferentes áreas, ainda que as próprias pessoas idosas o identifiquem mais como uma aposentadoria do que como um direito de cidadania.

Nossa pesquisa reforça também a tese de que os motivos para tal confusão parecem relacionar-se à Renda Mensal Vitalícia (RMV), que vigorou durante 22 anos – de 1974 até a implementação do BPC em 1996. Ou seja, mesmo que para ter direito à RMV fosse necessário ter contribuído para o INSS, e seu valor se limitasse inicialmente a meio salário mínimo, o que importa salientar é que antes da criação do BPC havia um benefício que instituía uma renda para o idoso.

Talvez por esse motivo, e pela associação do BPC com a aposentadoria, a percepção em relação ao benefício enquanto direito constitucional da política de assistência social fique prejudicada. Mas, a luta das pessoas idosas por meio de canais de representação na

Integração Social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, Institui a Tutela Jurisdicional de Interesses Coletivos e Difusos dessas Pessoas, Disciplina a Atuação do Ministério Público, define Crimes, e dá outras Providências.

Assembléia Constituinte também nos fornece elementos significativos para essa análise, conforme detalhado no capítulo 2.

Em relação às *peças com deficiência* que recebem o BPC, essa questão adquire maior complexidade. Dos 1.127.849 de brasileiros com deficiência¹¹⁰ que recebem o BPC, 30% referem-se a crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade, o que demonstra que o BPC possibilita a inclusão dessas pessoas durante o ciclo completo de suas vidas, isto é, abrange todas as faixas etárias. Talvez esse seja um importante diferencial desse benefício. O direito a uma renda continuada desde o nascimento de uma criança com deficiência amplia as possibilidades de acesso aos serviços de habilitação/reabilitação, via de regra, imprescindíveis para assegurar o seu desenvolvimento integral.

Uma das entrevistadas desta pesquisa levantou outro aspecto importante. Em alguns tipos de deficiência, devido a dificuldades para sucção e/ou deglutição, existe a necessidade de dieta especial, e por vezes é inevitável o uso de sondas de gastrostomia¹¹¹, o que requer alimentação artesanal ou industrializada que apresentam elevado custo. No período escolar, a situação não é diferente. É reconhecido o número de pessoas com deficiência que, face à insuficiência de transportes urbanos acessíveis, são obrigadas a arcar com as despesas de um transporte escolar. Em outros casos, há necessidade de realizar adaptações em alguns equipamentos, o que nem sempre é realizado pela escola. Como se pode notar, há uma gama de situações específicas em que o BPC adquire ainda mais importância tanto para o beneficiário quanto para sua família.

Por isso faz-se necessário destacar que o mesmo direito não é isonômico para os dois grupos. A possibilidade de uma família que tenha dois ou mais filhos com deficiência receber mais de um benefício esbarra no cálculo do valor *per capita* que considera como renda o valor do benefício já concedido para uma pessoa com deficiência, o que não ocorre com as pessoas idosas, desde a criação do Estatuto do Idoso, que instituiu essa garantia. Essa situação põe *a menor* o acesso das pessoas com deficiência ao benefício. Além disso, não parece amplamente

¹¹⁰ Considerando o dado total de benefícios **ativos** destinados às pessoas com deficiência, em dezembro de 2004. Fonte: **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**: um novo instrumento baseado na CIF. MDS; MPS. Brasília, DF. 2007.

¹¹¹ A inserção de sonda de gastrostomia é feita por meio de uma cirurgia que a introduz no estômago através do abdome, podendo permanecer temporariamente ou definitivamente. Após a cirurgia é necessário acompanhamento por uma equipe multidisciplinar composta por: fonoaudióloga, nutricionista, fisioterapeuta e profissional treinado para verificar periodicamente o *boton*. O cuidado é de suma importância para evitar infecções provocadas pelo suco gástrico, normalmente causadas pela falta de higienização ou vazamento no local do *boton*.

difundido em toda a sociedade que o BPC abrange também esse grupo populacional. Entre os entrevistados, com exceção das pessoas com deficiência, houve uma referência maior em relação às pessoas idosas.

3. 3. ANALISANDO O BPC EM CAMPINAS

3.3.1. A revisão do BPC em Campinas – o desafio de assegurar e ampliar direitos

Em 1996, oito anos após a inclusão do Benefício de Prestação Continuada na Constituição, e três anos após a regulamentação da LOAS, inicia-se o processo de concessão do benefício. O fato de que a área da assistência social não assumiu ao longo desta trajetória a gestão do benefício contribuiu para que a população o identificasse mais como um benefício previdenciário do que como um direito social de cidadania. A responsabilidade de sua operacionalização a cargo do INSS também colaborou para firmar esta noção. O próprio formulário de requisição do benefício, denominado de Requerimento de **Amparo** Assistencial, constitui-se em um bom exemplo dessa distorção.

O artigo 21 da LOAS determina que o BPC deve ser revisto a cada dois anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem. A partir do ano de 2000, teve início em todo o Brasil o processo de revisão do benefício.

Em Campinas, a revisão do BPC ocupou lugar de destaque entre as ações prioritárias da gestão municipal 2001-2004, foi legitimada pelo Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), por meio da Resolução 09/2002 (D.O.M., 2002) delegando para a então Secretaria Municipal de Assistência Social a constituição e a coordenação de uma comissão específica para acompanhar todo processo de operacionalização da revisão no município. A composição desta comissão incluiu representantes da Secretaria Municipal de Assistência Social, do Instituto Nacional do Seguro Social e garantiu a participação da sociedade civil por meio de representantes dos Conselhos Municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência. Os trabalhos realizados por esta comissão permanecem até hoje, como se verá mais adiante.

Desde então, a Prefeitura Municipal de Campinas, por meio da Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, vem realizando as sucessivas etapas da revisão do Benefício de Prestação Continuada, com gestão compartilhada, tendo em vista qualificar e ampliar o acesso dos usuários a este importante programa de transferência de renda.

Tabela 3. Dados da revisão do BPC no município

ETAPAS	PERÍODO DE CONCESSÃO	ANO DA REVISÃO	Nº. DE BENEFICIÁRIOS
1ª. e 2ª.	Janeiro /1996 a Abril/1997 e Maio/1997 a Fevereiro/1998	2002	2722
3ª.	Janeiro/1999 a Julho/2000	2003	925
4ª.	Agosto/2000 a Novembro/2000	2004	438
5ª.	Dezembro/2001 a Julho/2003	2006	1650
6ª.	Esta etapa referiu-se aos beneficiários que não foram localizados nas 1ª. e 2ª. Etapas	2007	1013
Total	-	-	6.748

Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, 2007.

De um universo de 10.458 beneficiários do BPC relativos ao mês de setembro de 2008, 64,5% passaram pelo processo de revisão.

Os dados da avaliação nos permitem conhecer um pouco mais acerca de seus beneficiários.

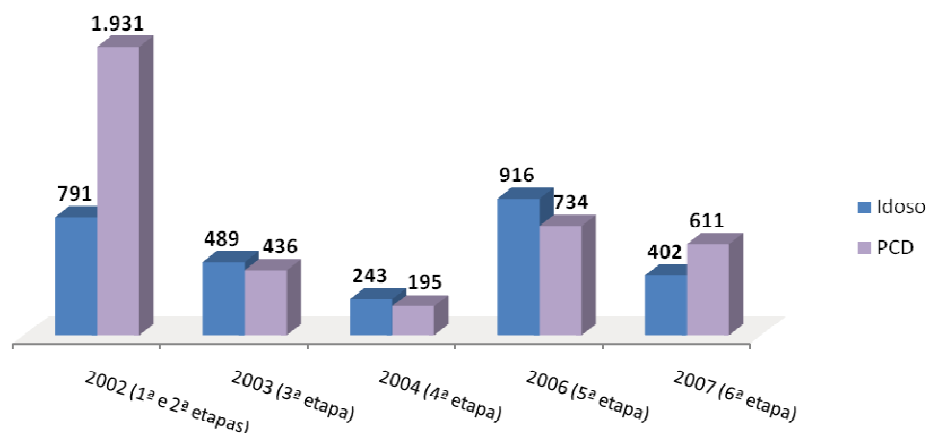
Em todo o país, no início da concessão do benefício, havia um número maior de concessão do BPC para as pessoas com deficiência. Esta situação não era diversa no município de Campinas.

Em 1998, dois anos após o início da concessão do BPC, quatro assistentes sociais do INSS do município assessoradas por uma docente da Faculdade de Serviço Social da PUC-Campinas realizaram uma pesquisa a partir dos benefícios concedidos no período de janeiro de 1996 até fevereiro de 1998. Os resultados dessa pesquisa intitulada “LOAS – Benefício de Prestação Continuada: Limites e Avanços” apontaram que dos 2.264 processos referentes ao BPC no período pesquisado, 1.865 (82,4%) foram solicitados por pessoas com deficiência e 399 (17,6%) por pessoas idosas. Do total das solicitações, 2.025 foram concedidas, sendo 1.629 (80,4%) às pessoas com deficiência e 396 (19,5%) às pessoas idosas.

O baixo índice de cobertura aos idosos nos primeiros anos do BPC pode ser explicado em razão da idade mínima para concessão do benefício estar fixada em 70 anos. Com a primeira redução da idade para 67 anos, realizada em 1998, e, sobretudo após a segunda redução em 2003 para 65 anos, garantida pelo Estatuto do Idoso, observou-se uma

significativa expansão de benefícios emitidos a este segmento. O Gráfico 17 indica esse mesmo movimento nos dados da revisão do BPC no município.

Gráfico 17. Quantidade de beneficiários Idosos e Pessoas com Deficiência nos anos de revisão do BPC



Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

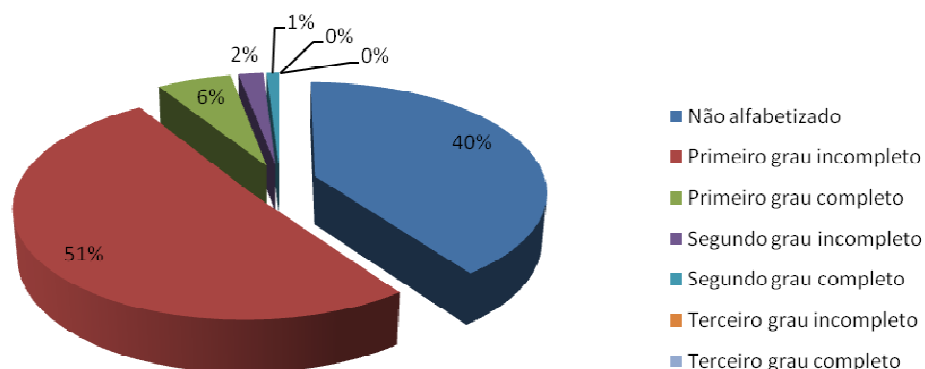
Quanto ao perfil dos atendidos, chama a atenção o grau de analfabetismo, conforme demonstra o Gráfico 18. Se somarmos a porcentagem de analfabetos com a porcentagem de idosos e pessoas com deficiência que têm o 1º grau incompleto, veremos que a quase totalidade de seus beneficiários estão incluídos nesses dois itens.

Esses dados suscitam o debate em torno das dificuldades encontradas para a consolidação de uma educação inclusiva, o que envolve desde problemas relativos à acessibilidade quanto à qualificação dos profissionais e a “disposição” da sociedade em estimular o convívio entre as pessoas com e sem deficiência, ou seja, transpor a barreira do preconceito. Por esse motivo é importante demarcar a instituição do recém lançado Programa BPC na Escola¹¹², seu caráter inovador e pioneiro uma vez que propõe a articulação de todos os entes federados para que, por meio de ações intersetoriais das áreas de assistência social, saúde, educação e direitos humanos, sejam eliminados os mecanismos de exclusão

¹¹² BPC na Escola é um Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC. Busca identificar os beneficiários do BPC, prioritariamente, de 0 a 18 anos que estejam fora da escola, bem como as barreiras que impedem o acesso e permanência no sistema regular de ensino, propondo políticas para a superação das mesmas. Desta forma, objetiva promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC por meio da articulação intersetorial nas três esferas de Governo entre as políticas de educação, assistência social, saúde e direitos humanos. Para conhecer mais, acesse www.mds.gov.br.

assegurando-se os direitos das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC.

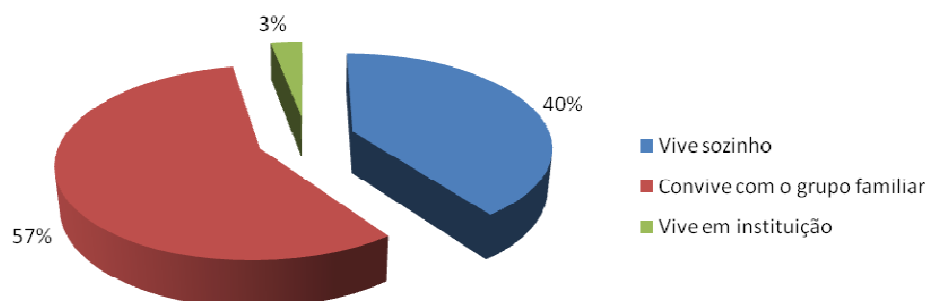
Gráfico 18. Distribuição por grau de escolaridade



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007, correspondentes a 6.748 beneficiários revisados.

Quanto ao índice de institucionalização nota-se no gráfico a seguir que é baixo, e em relação aos dados de moradia, não é grande a diferença entre aqueles que convivem com o grupo familiar (57%) e os que moram sozinhos (40%).

Gráfico 19. Distribuição do beneficiário por situação de moradia

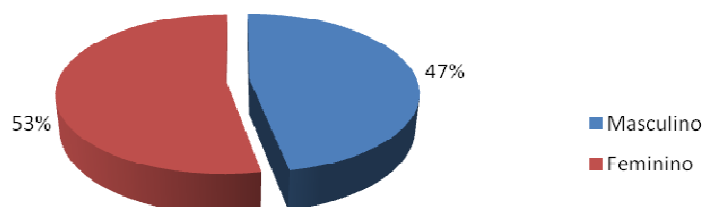


Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

No caso da distribuição por sexo, o público feminino é maior quando a referência é a população idosa (53%). Por outro lado, o público masculino é maior na população com deficiência (61%), o que confirma os estudos que apontam maior longevidade da população feminina, e maior o número de nascidos vivos do sexo masculino (Gráfico 20 e

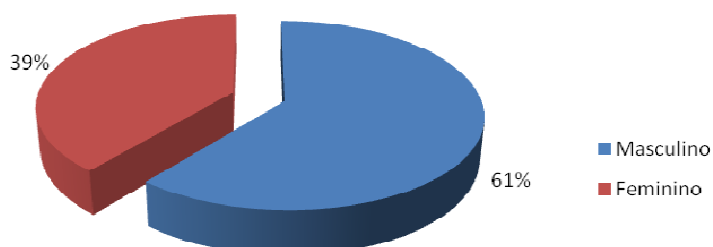
Gráfico 21)¹¹³.

Gráfico 20. Distribuição por Sexo/Idoso



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Gráfico 21. Distribuição por Sexo/ PCD



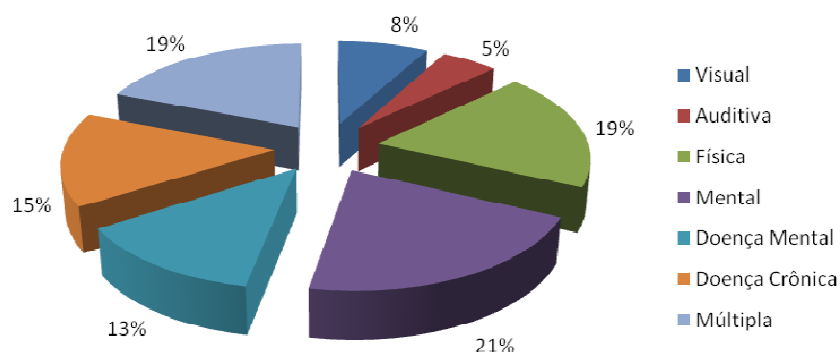
Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

As pessoas com deficiência mental são as que mais recorrem ao BPC (21%), seguidas

¹¹³ A pesquisa realizada no ano de 1998, citada anteriormente, também demonstrava maior incidência de pessoas idosas do sexo feminino. Em relação às pessoas com deficiência havia predominância do sexo feminino (56; 6%).

daquelas com deficiência física (19%) e com múltipla deficiência (19%) (Gráfico 22), o que evidencia situações onde a dependência, intelectual ou física, torna-se determinante¹¹⁴.

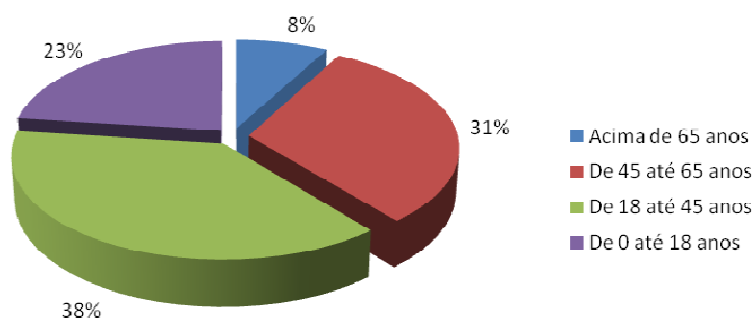
Gráfico 22. Resumo das Incapacidades Informadas



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

A faixa etária predominante situa-se dos 18 aos 45 anos (38%), seguida dos 45 aos 65 anos (31%) e de 0 a 18 anos (23%), demonstrando que o benefício abrange todas as faixas etárias das pessoas com deficiência. Acima de 65 anos, o BPC corresponde a 8% dos beneficiários (Gráfico 23).

Gráfico 23. Distribuição dos beneficiários por faixa etária



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª

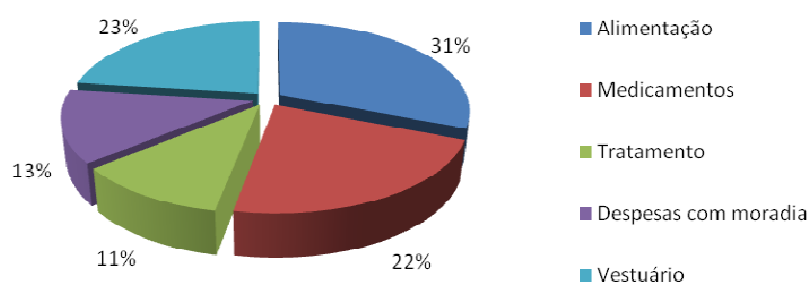
¹¹⁴ Esse dado contribuiu para a escolha dos beneficiários entrevistados, uma vez que corresponde a 59% dos tipos de deficiência.

etapas de revisão do BPC. 2007.

Alimentação (31%) e medicamentos (22%) são responsáveis pelo maior uso do benefício, isto é, mais de 50% do valor recebido é destinado para essas despesas (Gráfico 24). Por isso o benefício é apontado por contribuir na melhoria da qualidade de vida (36%). Mas é significativo o número de beneficiários que apontam a necessidade de avaliação médica e tratamento (23%) (Gráfico 26).

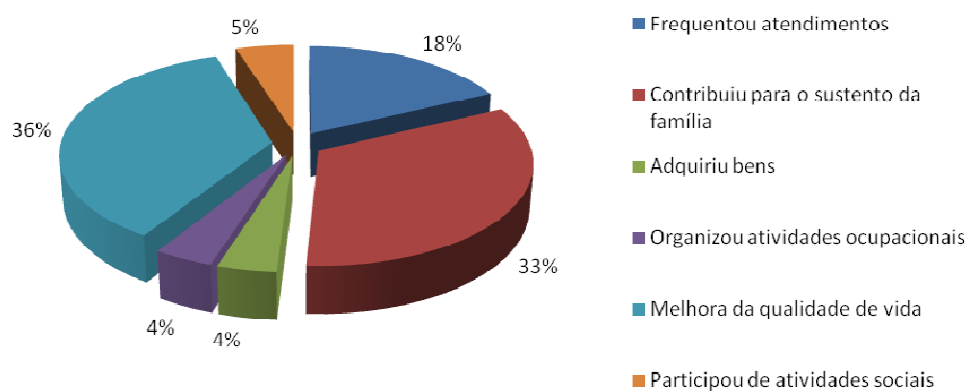
Gráfico 24. Resumo dos principais gastos

A transferência de renda é usada principalmente em:



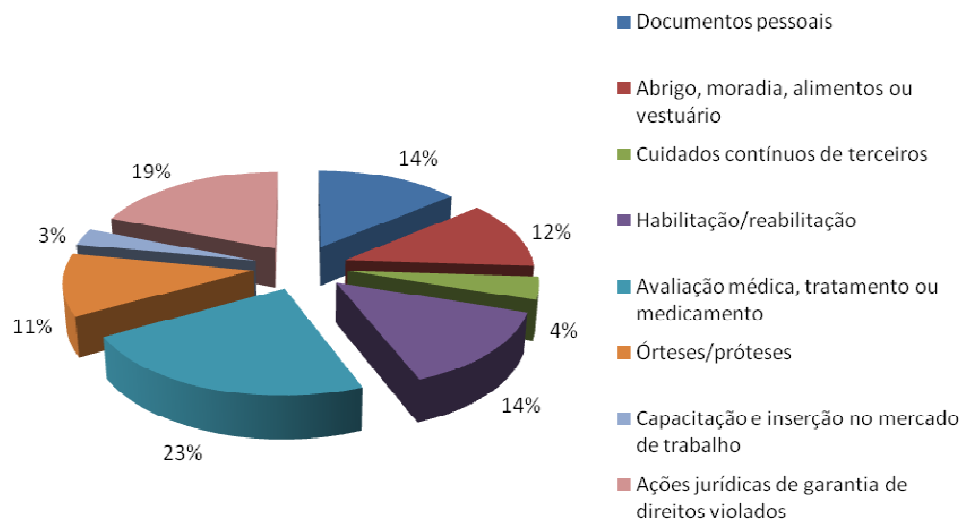
Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Gráfico 25. Mudanças provocadas pelo recebimento do Benefício



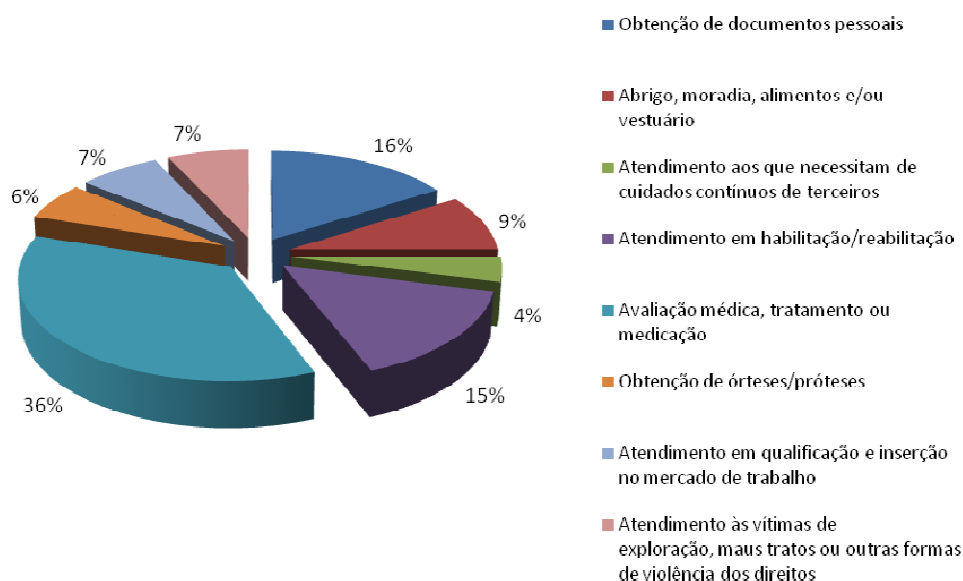
Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Gráfico 26. Principais necessidades apresentadas pelo beneficiário
Beneficiário necessita urgentemente e não tem como conseguir por conta própria



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Gráfico 27. Principais atendimentos realizados ao beneficiário pelas Secretarias de Assistência Social ou órgãos correspondentes ou encaminhamentos a instituições ou órgãos competentes



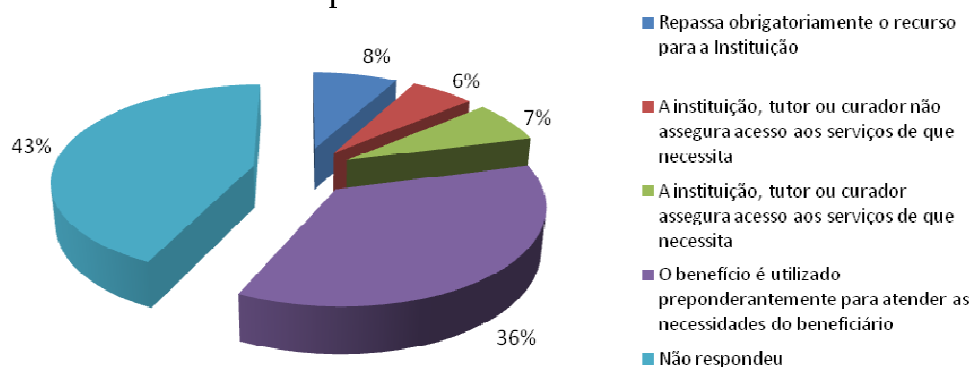
Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. **Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.**

Em relação aos beneficiários que vivem em situação de internação, 36% afirmaram que o benefício é utilizado preponderantemente para o atendimento de suas necessidades (Gráfico 28). Este índice demonstra a necessidade de fiscalização por parte dos Conselhos Municipais de Assistência Social e do Idoso, para assegurar o estabelecido no art. 35 § 2º do Estatuto do Idoso:

O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal de Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

Gráfico 28. Resumo da utilização do benefício na situação de internação

Beneficiário que vive internado, sob tutela, curatela ou responsabilidade de terceiros

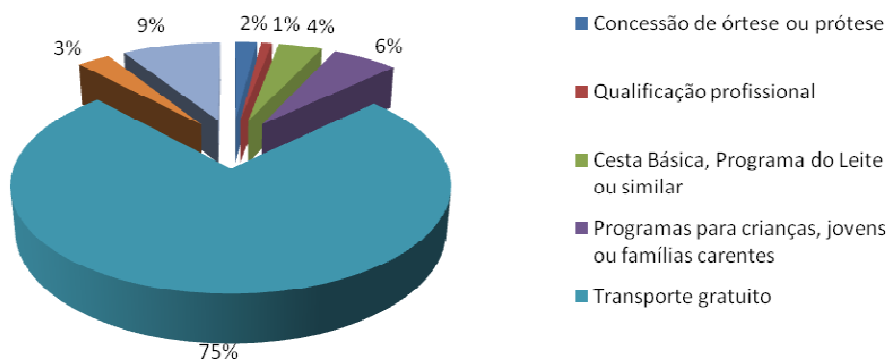


Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

O acesso ao transporte gratuito é o benefício mais alcançado pelo público do BPC (75%). Importante destacar que o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência por meio da Comissão de Acessibilidade e Transporte trabalhou efetivamente para que o município tivesse transporte acessível muito antes do Decreto Federal nº.5296, de 02 de dezembro de 2004 estabelecer prazo de até 10 anos (2004 – 2014) para que todos os municípios brasileiros tenham 100% da frota de ônibus acessíveis (Gráfico 29).

Gráfico 29. Acesso a outras políticas/programas sociais

O beneficiário está recebendo algum outro tipo de benefício ou faz parte de algum programa social?

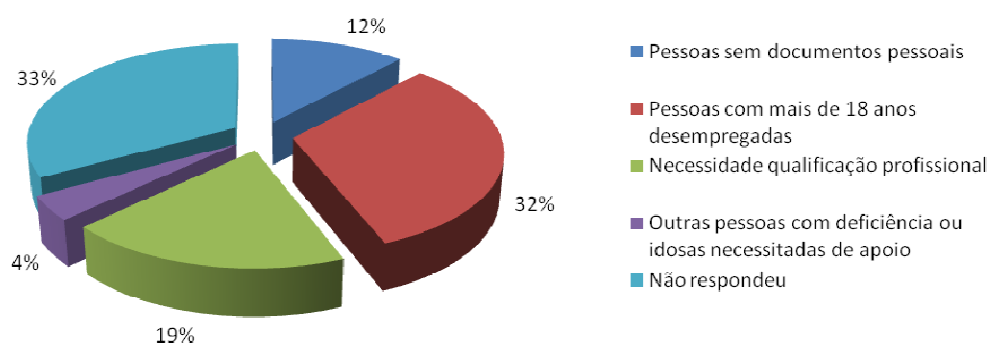


Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

As principais situações encontradas pelos integrantes do núcleo familiar referem-se a pessoas desempregadas (32%) e que necessitam de qualificação profissional (19%). Logo, houve maior número de encaminhamentos para as políticas de trabalho e renda (34%), demonstrando a importância da complementaridade entre aquelas e a política de assistência social (Gráfico 30 e

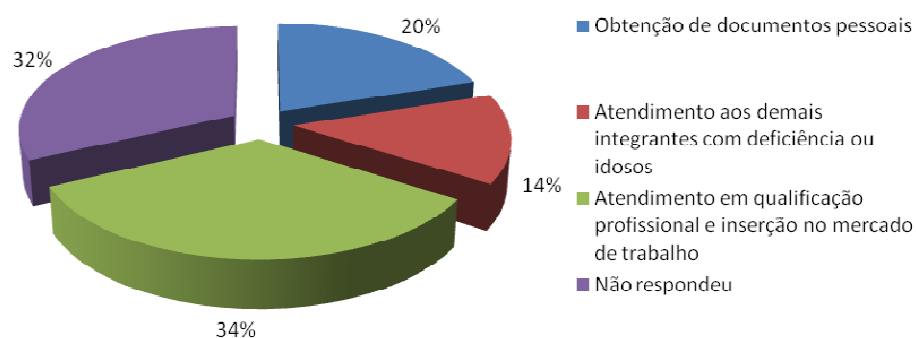
Gráfico 31).

Gráfico 30. Principais situações encontradas envolvendo integrantes do núcleo familiar



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

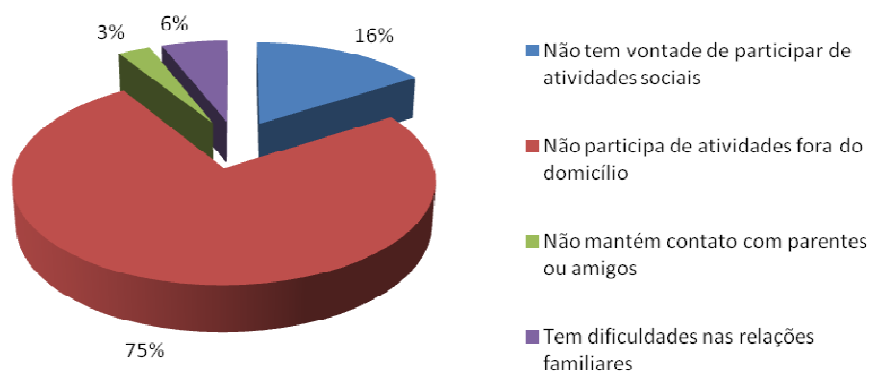
Gráfico 31. Principais atendimentos realizados pelas Secretarias de Assistência Social ou órgãos correspondentes ou encaminhamentos a instituições ou órgãos competentes aos integrantes do núcleo familiar



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Eliminar barreiras que promovam o isolamento da pessoa idosa constitui-se em desafio para os municípios, frente a elevada porcentagem de idosos que não desenvolvem nenhuma atividade fora do domicílio (75%) (Gráfico 32). Desta forma, investimentos na proteção social básica para o desenvolvimento de atividades de convivência que promovam a sociabilidade e o encontro intergeracional têm sido a tônica para a criação dos Centros de Convivência Inclusivos e Intergeracionais no município de Campinas.

Gráfico 32. Resumo das Relações Sociais da Pessoa Idosa



Fonte: Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social. Dados da 1ª a 6ª etapas de revisão do BPC. 2007.

Diante desses dados, pode-se observar que ainda é grande a restrição imposta ao

alcance do benefício, uma vez que seu uso se dá, preponderantemente, para a compra de medicamentos (22%) e de alimentação (31%), o que ao mesmo tempo demonstra sua imprescindibilidade para a subsistência dessas famílias.

3.3.2. A articulação entre SUAS e BPC no município de Campinas

Campinas foi uma das primeiras cidades a celebrar um Termo de Cooperação Técnica entre o município e o INSS. Com o objetivo de estabelecer procedimentos mútuos em relação ao BPC, prestar serviço de melhor qualidade e agilidade às pessoas com deficiência e às pessoas idosas, e, sobretudo, ampliar o acesso ao benefício por meio da rede executora da política de assistência social, o Termo de Cooperação Técnica foi celebrado em dezembro de 2004 e a sua operacionalização permanece até os dias de hoje.

Desde então, seminários foram realizados com o objetivo de tornar pública esta parceria, qualificar a rede executora da assistência social para a inclusão de potenciais usuários no benefício, bem como reafirmar seu significado para a política de assistência social. Com o acesso descentralizado na rede socioassistencial, houve maior incorporação do BPC, em seu processo de concessão, ao exercício cotidiano dos profissionais de serviço social, principalmente daqueles que trabalham nas políticas de assistência social e de saúde.

Uma das ações integradas pela comissão do BPC foi a realização, em 2007, do seminário “Programas de Transferência de Renda: novas perspectivas para as políticas públicas”¹¹⁵. Neste seminário, foram apresentadas pesquisas sobre programas de transferências de renda realizadas nas cidades de Campinas, São Paulo, Santos, Jundiaí e Santo André pela Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social e pela Unicamp, por meio do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) e Centro de Estudos de Opinião Pública (CESOP).

As conclusões do referido seminário não diferem dos apontamentos de estudos que demonstram que o BPC contribuiu em 9% para a queda da desigualdade de renda das famílias, e em 14% para a diminuição da razão entre a renda dos 20% mais ricos e os 20% mais pobres (PAES DE BARROS, MDS, 2005). Aproximadamente 72% da renda transferida pelo BPC concentram-se em domicílios abaixo da linha de pobreza e 50% da renda total vão para domicílios considerados extremamente pobres ou indigentes (SOARES et al, 2006).

¹¹⁵ O seminário contou com a presença da Profa. Dra. Ozanira da Silva e Silva, da Universidade Federal do Maranhão, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que, ao lado do município de Campinas, apresentou dados em relação aos 10 anos de implantação do BPC.

O BPC, assim como outros programas de transferência de renda, deve ser analisado para além da transferência monetária e de seus impactos na redução da desigualdade, o que implica considerá-lo do ponto de vista da cidadania e da redistribuição de renda. Será que este direito não-contributivo revela um determinado patamar de alcance da construção de cidadania em nosso país?

No ano de 2007, tendo em vista a elaboração de um Plano Municipal de Acompanhamento dos Beneficiários do BPC, a Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social iniciou o processo de identificação dos beneficiários para verificar a medida de sua inclusão na rede de programas, projetos, serviços e benefícios da política de assistência social e das políticas de saúde e educação. Estas políticas serão enfatizadas mais adiante.

No que se refere à política de assistência social, este público, historicamente, era (é) atendido por meio das organizações não governamentais (ONGs) que, fragmentadamente, desenvolviam (desenvolvem) programas específicos¹¹⁶. Por isso, incluí-los em acompanhamento através dos CRASs tem se constituído em enorme desafio para os trabalhadores da política de assistência social. Considerando que a implantação do SUAS é bastante recente, dados de observação apontam uma baixa identificação dos CRASs pelos beneficiários do BPC. Se, por um lado, a separação entre beneficiário e benefício (uma vez que este é realizado por meio de repasse direto) diminui as possibilidades de desvios e clientelismo e garante a liberdade na aplicação do recurso, por outro, parece dificultar a inclusão dos beneficiários no SUAS.

Por essas razões, demonstrar em que medida o BPC é reconhecido como direito não-contributivo da política de assistência social e identificar quais são os caminhos para elevar sua visibilidade, sua legitimação e seu fortalecimento enquanto direito social de cidadania dos usuários do Sistema Único de Assistência Social constituem eixos norteadores das reflexões nesta pesquisa.

O SUAS é um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão da assistência social e está sendo implantado em todo o território nacional desde 2005. Estabelece a organização dos serviços com base no grau de complexidade da rede de atendimento, a partir dos níveis de proteção social básica e especial,

¹¹⁶ Estudo realizado pelo IPEA (2007:88) sobre análise das políticas sociais no período de 1995 a 2005 revela que os serviços de assistência social, ainda hoje no Brasil, são prestados majoritariamente por entidades privadas, especialmente quando dirigidos aos cuidados e ao abrigo de crianças, pessoas com deficiência e idosos.

sendo as ações de prevenção e fortalecimento de vínculos sociais, familiares e comunitários os eixos da proteção social básica.

O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social integra o conjunto da cobertura do Sistema Único de Assistência Social/SUAS constituindo, como prestação de transferência de renda, as ofertas da proteção social básica.

A implantação do SUAS traz para o BPC um novo modelo de gestão e a possibilidade de integrar-se à política de assistência social como benefício deste campo, rompendo assim, com a desarticulação entre seus beneficiários e os serviços socioassistenciais.

A partir daí, o desafio que se impõe para a política de assistência social é que seus serviços, forma de operação, modo de organização de seus programas, projetos e benefícios dêem visibilidade ao direito dos seus usuários e a sua afirmação como política de responsabilidade pública.

Campinas apresenta, na organização da política de assistência social, um desenho próprio que, além dos serviços previstos no SUAS, inclui os Distritos de Assistência Social (DAS) em cada uma das cinco regiões administrativas do município. Esses distritos têm por objetivo gerenciar os programas, projetos, serviços e benefícios da política de assistência social em dada região, além de ofertar ações da proteção social básica e especial de média complexidade. De posse da listagem dos beneficiários do BPC disponibilizada via *web* pelo MDS, teve início o processo de divisão, pelos DASs e pelos CRASs, dos beneficiários entre as cinco regiões administrativas do município, conforme Quadro abaixo.

Tabela 4. Divisão dos beneficiários entre as regiões administrativas do município

REGIÕES	DAS	CRAS	TOTAL
NORTE	1.125	315	1.440
SUL	1.328	644	1.972
LESTE	701	438	1.139
SUDOESTE	1.414	512	
NOROESTE	149	122	271
TOTAL	4.717	2.031	6.748

Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, 2008. Elaboração própria.

As regiões que reúnem os maiores números de beneficiários – sul e sudoeste – são indicadas pelo Mapa da Exclusão/Inclusão Social (2004) como regiões de alta vulnerabilidade no município, concentrando também o maior índice de responsáveis pelos domicílios com

renda de até meio salário mínimo (PMC/SEPLAMA, 2008). É sabido que essa mesma concentração ocorre com os beneficiários do Programa Bolsa Família do Governo Federal.

O fato de os beneficiários do BPC residirem em sua grande maioria nas áreas de abrangência dos DASs consiste em desafio para o seu acompanhamento, dado o número reduzido de profissionais que compõem a equipe técnica desses locais.

A massiva concentração de beneficiários na abrangência dos territórios do DAS requer análise aprimorada. Em relação às pessoas idosas, infere-se que as regiões que concentram os bairros mais antigos da cidade, e que coincidem com a região central, apresentam maior número de idosos, assim como os bairros que surgiram no período de desenvolvimento das malhas ferroviárias, dando início às chamadas vilas industriais. Em relação às pessoas com deficiência, a associação entre deficiência e pobreza, esta em função do acesso ao benefício exigir renda mensal per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, parece indicar um caminho para explicar o maior adensamento dessa população nas regiões sul e sudoeste do município¹¹⁷.

Outra dificuldade encontrada para a identificação dos beneficiários do BPC tem sido a falta de atualização e o alto índice de endereços incompletos, o que indica a necessidade de aprimoramento nos sistemas informatizados, bem como na comunicação entre o beneficiário e o INSS.

Não são poucos os desafios postos para as políticas públicas direcionadas para esses dois expressivos grupos populacionais. Se considerarmos a tendência mundial do envelhecimento, o que significa menos crianças e mais pessoas nas idades avançadas, as políticas de assistência social, previdência social e saúde, ou seja, a seguridade social brasileira revela mais uma vez sua importância. Será necessária cada vez mais a ampliação da renda (assistencial e previdenciária) para compensar a perda da capacidade de trabalho, cuidados de longa duração que atendam as exigências de uma longevidade digna e que envolvam, além da saúde, a habitação, a infra-estrutura, a acessibilidade e a sociabilidade. Mas, sobretudo, são os serviços socioassistenciais continuados que, ao desenvolver ações preventivas, assumem lugar de destaque no enfrentamento dessas questões. Nesse sentido, no que se refere à política de assistência social, passos importantes em direção ao atendimento das necessidades das pessoas idosas e das pessoas com deficiência serão percorridos na

¹¹⁷ A pesquisa realizada em 1998, já referida anteriormente, apontou que a maioria das pessoas com deficiência situadas na faixa etária de 27 a 52 anos provinha da região oeste, hoje subdividida em duas regiões: sudoeste e noroeste. À época os dados estatísticos do município já apontavam elevado índice de bolsões de pobreza naquela região.

mesma medida do fortalecimento do Sistema Único de Assistência Social, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social. E aí os desafios não são menores!

A necessária passagem de leituras individuais para análises coletivas, aliada ao princípio da territorialidade que supõe o reconhecimento dos múltiplos fatores sócio-culturais e econômicos presentes nos territórios, e que expõem indivíduos, grupos sociais e famílias a situações de vulnerabilidade social (NOB/SUAS, 2005), são requisitos fundamentais para a transmutação da assistência social como *prática* para a assistência social como *política*.

Os CRASs, constituindo-se como referência para criação de novas estratégias de ação, demandam dos profissionais o desenvolvimento de metodologias de intervenção social capazes de criar adesão das famílias e participação ativa na luta pelo reconhecimento dos direitos socioassistenciais.

Desta forma, o beneficiário do BPC, morador de um dado território, alcança prioridade no acompanhamento do CRAS, criando-se condições para a implantação de serviços socioassistenciais continuados que constituam, de fato, uma rede de proteção social a essa população, diversificada e qualificada para responder às suas necessidades e direitos.

CAPÍTULO 4. OS SUJEITOS DO BPC: PERCEPÇÃO E SIGNIFICADO NA VOZ DOS BENEFICIÁRIOS E INTERLOCUTORES

O objetivo deste capítulo é analisar os resultados da investigação acerca da percepção que os principais sujeitos envolvidos na viabilização do BPC têm deste benefício enquanto direito constitucional inscrito na política de assistência social, os significados a ele atribuídos, as condições de acesso e manutenção deste benefício¹¹⁸. A investigação direcionou-se também para a identificação das prioridades do uso do BPC pelos beneficiários, sua articulação com os CRASs, a presença do controle social e a interface com o INSS no que diz respeito à sua operacionalização.

4.1. A VISÃO DOS SUJEITOS SOBRE O BPC: ENTRE A AJUDA E O DIREITO

Se, por um lado, os entrevistados afirmaram a necessidade e a importância do benefício, por outro, o direito enquanto medida de equidade e justiça social, ou como medida de um padrão ético e civilizatório de uma sociedade não apareceu nos depoimentos. Em relação à percepção do BPC como direito social de cidadania, o relato dos entrevistados transitou entre o direito e a ajuda. A cultura política, analisada no primeiro capítulo, que aprova benefícios para o “pobre merecedor”, o “inválido” e para o “contribuinte” também mostrou sua presença. A visão do BPC como direito socioassistencial é frágil e pouco internalizada pelo conjunto dos entrevistados.

Uma das relações estabelecidas entre ajuda e direito parece vincular-se ao valor do benefício, contraditoriamente considerado “insuficiente” para alguns e “excessivo” para outros. Mas é, sobretudo, a coexistência de ajuda e direito que permeia o universo das concepções dos entrevistados, não raro evidenciando a fragilidade da noção de direito socioassistencial.

É um direito sem dúvida, mas é também uma ajuda porque em muitos casos só serve para a subsistência. (Assistente social 2 da Cooperativa)¹¹⁹

¹¹⁸ No Anexo 2 deste estudo encontram-se informações sobre os sujeitos entrevistados.

¹¹⁹ A transcrição das falas dos entrevistados será trazida ao longo do texto com formatação diferenciada, e ao final de cada trecho, indica-se o autor das mesmas.

Direito é lei, ajuda dá quem quer, falo ajuda porque me ajuda. Salário mínimo para mim é muito. (Beneficiário idoso)

A concepção de direito vinculada ao trabalho emerge na fala de um dos entrevistados:

Direito não é, porque a gente nunca contribuiu, por isso é uma ajuda mesmo. Meu pai, por exemplo, tem a aposentadoria dele porque ele contribuiu, então aí é direito. (Beneficiário com deficiência)

A cultura da cidadania regulada, que só admite direitos aos considerados “aptos” para o trabalho, se faz presente. Para os “inaptos” não há direito, pois não são cidadãos, não *contribuíram* previamente para terem direito a ter direito. No máximo são cidadãos de “segunda classe”, para os quais só cabe ajuda. Para esses a sociedade reserva o lugar dos fracos, aqueles que não sobrevivem por meio do mercado por culpa própria, por azar, sem que sejam estabelecidos os nexos estruturais com o injusto e excludente processo de acumulação capitalista. Para quem pensa assim, direito é uma forma de assistencialismo porque o reconhecimento social dos fracos se assenta nas noções de pobre, miserável, excluído, assistido, necessitado; alvos, portanto, da caridade pública ou privada.

Mas qual é a medida do direito?

Eu acho que tá certo, que é um direito pra todo mundo, é importante e tem me ajudado, mas é insuficiente diante das necessidades de saúde que ele tem, então é mais uma ajuda mesmo. (Mãe de beneficiário com deficiência múltipla)

Quanto de proteção o direito deve garantir?

Transitar do campo da ajuda para o campo do direito tem se constituído em enorme desafio para a política de assistência social. O reconhecimento tardio da política de assistência social enquanto direito do cidadão e dever do Estado alcançado a partir da Constituição Federal de 1988, combinado com a marca histórica da assistência social enquanto *dever moral de ajuda aos necessitados* organizada por meio de práticas caritativas, clientelistas e paternalistas, além de descontinuadas e assistemáticas, são elementos que permitem compreender melhor essa obstrução no reconhecimento da assistência social enquanto política de responsabilidade estatal.

O estatuto constitucional de política de seguridade social alcançado pela assistência social não significou uma ruptura definitiva com as antigas práticas assistencialistas, o que demonstra que a marca da cultura política patrimonialista e tuteladora reflete fortemente a tênue assimilação da assistência social enquanto política de Estado, tanto para seus beneficiários quanto para seus interlocutores. Ou seja, a própria historicidade da assistência social consolida essa relação dual entre ajuda e direito, entre dever moral e dever legal, o que, conforme se evidencia, fragiliza a possibilidade de legitimação do BPC como direito socioassistencial.

Ao lado dessas questões, e de outros elementos já apontados nos capítulos anteriores, o não reconhecimento do direito enquanto medida de equidade e justiça social aponta novamente a precária relação entre direito e cidadania, cidadania e democracia, além de colocar em xeque o grau de legitimidade estatal na condução da política de assistência social.

A primazia do Estado e o papel governamental de interventor, regulador, coordenador, promotor do bem estar social e econômico de uma nação parece não permear a fala dos entrevistados. Ao avaliar as administrações governamentais, parece prevalecer uma espécie de incredulidade, muitas vezes não sem razão, em relação ao compromisso dos governantes com a atenção e o respeito aos direitos, sobretudo daqueles que nunca foram reconhecidos como sujeitos de direitos.

A ausência de direito, da maioria da população, de participar das decisões políticas que lhe dizem respeito – e do seu efetivo controle – revela a prevalência de uma cultura de subalternização e de uma longa história de autoritarismo, que a distancia do exercício da democracia. Esses elementos, somados ao contexto neoliberal de exaltação do mercado e desconstrução do Estado, colaboram para a frágil percepção da equidade e justiça social que devem prevalecer para todos os cidadãos na sociedade brasileira.

As percepções acerca do direito podem ser vistas de diferentes ângulos, um deles aparece vinculado à garantia da lei. Mesmo que essa institucionalidade jurídica não resulte na realização plena do direito, há certo vigor nessa instrumentalidade. Ou seja, é direito porque é lei:

Para mim tá muito claro que é direito. É uma lei muito clara (Assistente social 1 da Cooperativa).

Para mim é um direito porque funciona como a lei da aposentadoria, mas não tem direito ao 13º salário. (Conselheira do CMI).

De outro ângulo, o direito é aceito como merecimento diante da condição especial, sobretudo da pessoa com deficiência:

Eu acho que todos os deficientes deviam ter esse direito porque eles têm mais despesas que uma pessoa sadia. (Mãe de beneficiária com deficiência múltipla)

É bom recordar que diante do primado da *cidadania regulada*, a pessoa pobre com deficiência o idoso pobre e o adolescente pobre estão liberados da obrigatoriedade do trabalho e, portanto, são merecedores da ajuda, mas não de direitos. O merecimento é aceito como contrapartida justa do trabalho efetuado, com base em uma “ética do trabalho”, não necessariamente do trabalho assalariado:

Dou graças a Deus que estou recebendo isso porque trabalhei a vida toda na roça, mas a gente não sabia que tinha que pedir nota, a gente vendia o produto e não pegava nota, então não tinha como comprovar os 15 anos necessários para a aposentadoria. (Beneficiário idoso).

A condição de existência cível e de identidade social adquiridas através do trabalho é reforçada. Contudo, a prevalência da *cidadania regulada* na sociedade brasileira, que excluiu historicamente grandes contingentes de trabalhadores dos direitos e benefícios decorrentes do trabalho, associada ao peso da cultura liberal, que transforma direito em privilégio, acaba por subordinar o acesso a um direito constitucional como o BPC a um “benefício” devido ao não-cidadão (cidadania invertida).

Passei cada humilhação no INSS. Me falaram assim: “Olha, mãe, pra você conseguir o benefício tem que ser mais do que pobre, tem que ser miserável”. Eu sou pobre, mas não sou miserável, não. (Mãe de beneficiária com múltipla deficiência)

Nota-se que, institucionalmente, a prática oficial é a de deixar bem claro para o pretendente ao benefício que não basta ser pobre, que quem necessita do benefício precisa ser mais do que pobre, tem que ser indigente. A crueldade do corte de renda em $\frac{1}{4}$ do salário mínimo fica aqui traduzida. A mãe é colocada na condição de miserável, tanto pelo corte de

renda, quanto pelo tratamento que a instituição dispensa a ela. Isso reflete na sua própria auto-imagem, ou seja, há uma construção de identidade perversamente associada à pobreza. O pobre incivil é esse, já internalizou a identidade de pobre e miserável. Mais uma vez reafirma-se a idéia de pobre, senão miserável, para ter acesso ao direito, ou, que é pela renúncia à cidadania que se tem acesso ao direito que, contudo, não é internalizado como tal.

A pobreza, quando vista como falta, como falha do indivíduo, e até como crime, oculta seu real significado. Como já revelava Faleiros (1989:37), “a pobreza é uma relação social de exclusão da participação econômica e político-social da sociedade, dos benefícios da riqueza dessa sociedade”.

Fora da condição de cidadania, o direito é visto como um favor prestado ao necessitado, ao carente:

Eu já arrumei para duas pessoas idosas [...] já indiquei para um idoso abrigado que não tinha como pagar o abrigo. (Conselheira do CMI)

E também é aceito se justificado por uma questão de sobrevivência:

É o direito mínimo que você tem como sobreviver, porque é uma questão de sobrevivência mesmo. (Assistente social 2 do CRAS)

Merecimento e favor não combinam com igualdade, cidadania e justiça, mas com a cultura política brasileira, clientelista e autoritária, onde o lugar social do pobre e da pobreza encontra-se associado à condição de subalternidade, “desqualificando os usuários que aparecem como necessitados, submetidos moralmente, despidos de direitos e objeto de benevolência estatal” (YAZBEK, 2006:156). É a incivilidade apontada por TELLES (2006), cujo conceito, destacado no capítulo 1, reproduzo aqui novamente.

Incivilidade que se ancora em um imaginário que fixa a pobreza como marca de inferioridade, modo de ser que descredencia indivíduos para o exercício de seus direitos, já que percebidos numa diferença incomensurável, aquém das regras de equivalência que a formalidade da lei supõe e o exercício de direitos deveria concretizar (op.cit., p.87).

Por outro lado, o direito parece ser mais bem assimilado pelos militantes da área. A conselheira entrevistada, que reúne acúmulo na luta pelos direitos das pessoas com deficiência, foi capaz de problematizar algumas questões em torno do BPC.

Tem a questão do valor ¼ do salário mínimo, é um valor que precisa ser aumentado, atende aqueles que estão mais embaixo, mas tem mais gente precisando. Tem outra parcela que está precisando, que tem necessidades, mas está excluída. Outro ponto é da PCD, se falava numa mudança na lei no caso da pessoa trabalhar. Tem a questão da documentação que é muito problemática.

Se a inserção política das pessoas com deficiência e de suas organizações representativas desde a década de 1980 possibilitou-lhes maior protagonismo público, no âmbito das relações familiares, esse “novo personagem” encontra desafios para a superação de barreiras que transitam das questões ligadas à sobrevivência da família até a histórica presença da relação assistencialista estabelecida com esse grupo social.

Tem famílias que não querem que o deficiente assuma o trabalho para não perder o benefício. A impressão que eu tenho é que em 1º lugar as pessoas não podem abrir mão porque é para sobrevivência. O outro motivo é a própria história da pessoa com deficiência ter que passar pelo assistencialismo, precisar ser tutelado, [a família] não vê potencialidades, capacidades no deficiente, a pessoa cresce no desenvolvimento intelectual e psicológico, mas a família não deixa a pessoa ficar independente, ter autonomia. (Conselheira do CMPD)

Esse depoimento aponta para uma reflexão necessária, ainda que não seja possível desenvolvê-la aqui por extrapolar os objetivos desse estudo. Longe de culpabilizar a família já tão sobrecarregada, sobretudo diante de uma situação de dependência de um de seus membros, recoloca-se a tensão existente entre assistência social e trabalho.

Há que se assinalar que as políticas de assistência social e de trabalho, embora sejam interligadas e complementares, são distintas. Ainda que a concepção do BPC não fosse a de um direito social de cidadania, a preocupação em diferenciar este benefício de uma ajuda *paternalista e assistencialista* foi manifestada no I Simpósio Nacional sobre Assistência Social realizado em 1989 em Brasília, conforme já destacado anteriormente. O pressuposto dessa concepção era de que “tal assistência” não “matasse” a integração da pessoa com deficiência no mercado de trabalho (ANAIS, 1989:149)¹²⁰.

¹²⁰ Importante destacar a Lei nº.8.212 de 24 de julho de 1991 – art.93. Denominada popularmente de “Lei de Cotas”, estabelece que as empresas que têm entre 100 e 200 empregados devem reservar uma cota de pelo menos 2% da quantidade de vagas para as pessoas com deficiência. Para empresas com até 500 funcionários, a cota sobe para 3%, com até 1000, para 4% e acima de 1000 para 5%. Entendida como uma ação afirmativa, esta Lei tem contribuído para elevar a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho. É fato que isso

A questão que se coloca é: receber o benefício impede a pessoa com deficiência de trabalhar?

Que o benefício é utilizado para a sobrevivência da família; as estatísticas das revisões do BPC e a nossa investigação não deixam dúvidas. Mas aqui o que está em jogo é a perda do benefício pelo trabalho. É como se o beneficiário tivesse que “abrir mão” do trabalho e da identidade de trabalhador para continuar recebendo o benefício. É uma situação paradoxal, pois traz implícita a idéia de que todos que trabalham têm condições de viver com dignidade da renda/salário que auferem.

É possível afirmar que as pessoas que trabalham, mesmo que inseridas no mercado formal, não precisam de políticas públicas?, Basta conferir os dados do Programa Bolsa Família do governo federal para se ter uma resposta a essa questão.¹²¹.

O constrangimento de ter que escolher entre a política pública e o trabalho é uma questão polêmica que tem sido objeto de estudo de muitos autores. Mesmo com os níveis de exploração do trabalho característicos da sociedade capitalista periférica, é evidente que o indivíduo não pode prescindir do trabalho como mediação fundante de sua sociabilidade. Mas também é preciso reconhecer que a remuneração do trabalho nesta sociedade não é capaz de suprir as necessidades de grande parcela da classe trabalhadora e de sua família, razão pela qual as políticas públicas são imprescindíveis para o processo de reprodução social. Daí a importância da universalização do acesso a programas e serviços públicos de qualidade e em quantidade suficiente para todos os cidadãos, independente de sua inserção no mercado de trabalho, formal ou informal.

Também foi enfatizado que as pessoas com deficiência não constituem um grupo homogêneo, por isso algumas terão acesso ao mercado de trabalho e outras, não. Quando incluídas no mercado de trabalho, o BPC pode ser visto como uma estratégia facilitadora para esse acesso. Para os excluídos desse processo, o BPC significa proteção social entendida

ocorreu devido à intensificação da ação fiscal do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Em Campinas, o Núcleo de Promoção à Igualdade de Oportunidades e Combate à Discriminação no Emprego, constituído por integrantes do MTE (Gerência Regional do Trabalho), INSS (Reabilitação Profissional), Prefeitura Municipal de Campinas (Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social e Secretaria Municipal de Saúde), Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência, Secretaria Estadual das Relações de Trabalho (Poupatempo) e ONGs voltadas para a inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, têm desempenhado importante papel, não só no cumprimento da legislação por parte das empresas, mas também na promoção de seminários que têm por objetivo sensibilizá-las acerca do potencial desse público.

¹²¹ Conforme estudo de Medeiros, Britto e Soares (2007), no grupo dos 10% mais pobres do Brasil, a porcentagem de pessoas que trabalhavam ou procuravam trabalho era de 73% entre os que recebiam o Bolsa Família e de 67% entre os que não recebiam. Na parcela de 10% a 20% mais pobres, 74% dos beneficiados pelo programa eram economicamente ativos, contra 68% entre os não beneficiados.

como política para a preservação da vida, da segurança social e do respeito à dignidade de todos os cidadãos. Por isso, em nenhum desses casos o BPC é *mais* ou *menos* direito. Ele é direito. Novamente, o que se pode depreender é a forte presença da concepção preconceituosa que associa o pobre ao vagabundo que, tendo dinheiro “fácil” se desestimula de procurar trabalho.

As ambigüidades em relação ao BPC, que ora surge constituído ora destituído da condição de direito, estão ligadas aos determinantes históricos, políticos, sociais, econômicos e culturais que conformam a sociedade brasileira, e à atual ambiência neoliberal que restringe direitos. Por isso, o horizonte a ser perseguido em relação aos direitos humanos e sociais é o de buscar sua universalização e legitimidade como condição de cidadania.

4.2. USOS DO BPC PELOS BENEFICIÁRIOS - “A GENTE NÃO SÓ COME” (M.C.O., MÃE DA BENEFICIÁRIA COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA)

Os resultados das etapas dos processos de revisão do BPC no município de Campinas, fonte secundária deste estudo, demonstram que a maior parte do benefício é direcionada para as despesas com alimentação, elevando, inclusive, sua qualidade, e com medicamentos, principalmente aqueles não encontrados nos centros de saúde. Esses dados foram corroborados pelos entrevistados:

Eu creio que ficou melhor a minha vida porque ao menos a gente tem esse seguro [sic] que dá para a gente comer. (Beneficiário idoso)

Quando recebia o pagamento, aproveitava e comprava umas frutas, mas só naquela hora, depois não dava mais porque as despesas com medicamentos sempre foram grandes. (Mãe da beneficiária com deficiência múltipla)

Uso o benefício para a alimentação dele. Tenho que comprar dieta artesanal, dieta industrial, remédios pra refluxo, ele tem a sonda, então os gastos são grandes, e nenhum serviço fornece. (Mãe do beneficiário com deficiência múltipla)

Eu compro de comê pra eles [os filhos] e roupa. O mais novo é nervoso pra comer, come muito!! Graças a Deus não tenho gasto com medicamentos. O meu benefício é para dar uma vida melhor para eles. (Beneficiário com deficiência)

Se, por um lado, esta renda garante relativamente o atendimento de necessidades estritamente relacionadas ao mínimo exigido pelo tratamento e para a sobrevivência, necessidades humanas básicas não se restringem à sobrevivência biológica:

É meio complicado só servir para subsistência. Se ele tiver que pagar um aluguel, metade do benefício já fica comprometida, aí ele vai ter que comer mal, morar mal. (Assistente social 1 da cooperativa)

Pereira (2000:26), ao discutir o conceito de necessidades humanas básicas, alerta para a distinção entre os conceitos de *mínimo* e *básico*. Diz a autora que, enquanto *mínimo* se associa a uma concepção de *menor*, de *menos*; *básico* expressa algo *fundamental*, *principal*, *primordial*. Nesta concepção de *básico* (necessidades básicas), estariam as condições prévias para o exercício da cidadania no seu sentido mais amplo.

Pelos depoimentos dos entrevistados, é possível depreender que foi a concepção de *mínimo* e não de *básico* que prevaleceu na incorporação do BPC:

A gente não só come. Tem contas a pagar, tem o gás, quando termina de pagar as contas o dinheiro já acabou, e o resto? (Mãe da beneficiária com múltipla deficiência)

Eles gastam muito com remédio, por isso muitos pedem apoio de cesta básica. Então o BPC possibilita a sobrevivência da família, mas viver é mais do que isso. (Assistente social 1 do CRAS)

É por isso que a LOAS (1993), em seu artigo 1º, quando define a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado, como política de seguridade social não-contributiva, afirma que esta política deve prover os mínimos sociais “para garantir o atendimento às necessidades básicas”.

Nesse sentido, Pereira (op. cit) conclui que a provisão social prevista na LOAS deve deixar de ser *mínima* ou menor para ser *básica*, essencial, pois só assim será compatível com as demandas das necessidades que lhe dão origem. Nesta direção, fica clara a restrição do BPC em relação ao atendimento das necessidades humanas básicas, que, se por um lado, contraria a LOAS, por outro, atende aos princípios liberais que defendem o mínimo de responsabilidade estatal e o máximo de satisfação através do mercado ou da solidariedade social.

Mas o que são necessidades humanas básicas?

Contrapondo-se às concepções naturalistas, relativistas e culturalistas das necessidades, Doyal e Gough¹²², citados por Pereira (2000:66), afirmam que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas, têm necessidades básicas *comuns*. Para os referidos autores ingleses, o conceito de necessidades humanas básicas tem caráter universal, o que na concepção de Cabrero (1994:15 *apud* Pereira, 2000:66) lhe atribuiria um “profundo sentido de redistribuição dos recursos no plano mundial”. Em defesa “de que o desenvolvimento de uma vida humana digna só ocorrerá se certas necessidades fundamentais (comuns a todos) forem atendidas”, os citados autores salientam que se essas dificuldades não forem satisfeitas, ocorrerão “sérios prejuízos à vida material do homem e à atuação destes como sujeitos (informados e críticos)”.

Potyara Pereira explica que “sérios prejuízos” referem-se

aos impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de *viver* física e socialmente em condições de expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica. São, portanto, danos cujos efeitos nocivos independem da vontade de quem os padece e do lugar ou da cultura em que se verificam (PEREIRA, op.cit.,67).

Nesses termos, as necessidades humanas básicas são objetivas, não dependem de preferências individuais, e são universais porque, se estas necessidades não forem atendidas, *sérios prejuízos* acontecerão da mesma forma para todo indivíduo e em qualquer cultura. Pereira revela ainda que, para Doyal e Gough, só existem dois conjuntos de necessidades básicas *objetivas* e *universais*: saúde física e autonomia. Nesta concepção, se a saúde física não estiver assegurada não há como viver. Ao mesmo tempo, autonomia é entendida como a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressão (PEREIRA, op.cit., 70), o que estaria relacionado a três atributos: saúde mental, habilidade cognitiva e oportunidade de participação.

O déficit de *saúde mental* é identificado com a inabilidade extrema e prolongada das pessoas de agirem de forma racional com os seus próprios pares, tendo, por isso, a sua confiança e sua competência para participar seriamente prejudicadas. A *habilidade cognitiva* para participar socialmente inclui a compreensão das pessoas acerca das regras de sua cultura e a sua capacidade de raciocinar sobre essas regras e interpretá-las. Isso requer tanto

¹²² Lean Doyal e Ian Gough são autores ingleses do estudo publicado em 1991 intitulado *A theory of human need*, que traz a concepção de necessidades humanas básicas em oposição à concepção liberal de necessidades mínimas (PEREIRA, *ibid.*, 65).

habilidades culturalmente específicas quanto universais. A *oportunidade de participar* implica que as pessoas tenham à sua disposição meios objetivos para exercerem papéis sociais significantes na sua vida social e na sua cultura (PEREIRA, op.cit.,71).

Nesses termos, fica claro, portanto, que o indivíduo aprende a viver em sociedade, a obedecer regras como expressões da vontade coletiva e a manter e reforçar objetivos e crenças quando interage com outras pessoas. São essas regras que lhe dão o parâmetro do seu senso de pertencimento, como pessoa e cidadão e também o reconhecimento de sua parte, dos direitos e deveres dos outros (PEREIRA, op.cit. p. 72).

Isto posto, pode-se dimensionar a importância que o BPC adquire ao se estender para além das necessidades de alimentação.

Se você não pode sair de casa, se a sua situação financeira não te ajuda, a situação fica pior, fica em casa você e os que estão em volta de você. Todo mundo fica cansado. Com o benefício, já dá pra sair um pouco de casa porque nós vivia preso com eles, agora, dia de domingo, dá pra gente sair e dá pra ir na igreja durante a semana também (Mãe da beneficiária com múltipla deficiência).

A tão necessária autonomia pode ser vista em situações da vida cotidiana, cujo significado adquire importância ímpar para todos os indivíduos, mais ainda tratando-se dos beneficiários do BPC:

Às vezes, a pessoa idosa tinha aquele dinheirinho para comprar um presente para o neto dela, entendeu?É diferente! Ela pode comprar uma coisa de que gosta para ela, pode ser até um doce. É diferente você gastar seu próprio dinheiro do que ter que pedir um dinheiro para o filho. (Assistente social 1da Cooperativa)

Autonomia pode ser compreendida, assim, como a capacidade e a possibilidade de o cidadão suprir suas necessidades vitais, especiais, culturais, políticas e sociais, sob condições de respeito às idéias individuais e coletivas (SPOSATI, 1997).

É muito positivo para a vida das pessoas se sentirem mais valorizados, ficam mais animados e começam a participar mais. Tem uma pessoa que adora um rádio. A felicidade em poder comprar esse radinho você não imagina! Outro caso foi o de uma pessoa que me disse que conseguiu reunir a família para um almoço e outro que conseguiu voltar para o “cantinho” dele porque antes do benefício morava com o filho. (Assistente social 2 do CRAS)

Posso comprar um carçadinho, uma roupa, tudo não dá. (Beneficiário idoso)

Quando as necessidades humanas básicas são atendidas com liberdade, dignidade e respeito, passos em direção à garantia do direito vão sendo dados. Autonomia e independência precisam ser entendidas como processos e não estados, e valorizadas a partir do significado que têm para os indivíduos concretos em situações objetivas de vida, enquanto sujeitos, cujo pertencimento e lugar na sociedade sejam reconhecidos e legitimados publicamente.

4.3. OS DESAFIOS DA INCLUSÃO DOS BENEFICIÁRIOS NO SUAS – LIMITES E POSSIBILIDADES

No capítulo anterior, foi demonstrado o esforço empreendido pelos profissionais na identificação dos beneficiários do BPC visando sua inclusão nos serviços socioassistenciais, principalmente nas atividades desenvolvidas pelos Centros de Referência de Assistência Social. A implantação dos 11 CRASs do município, iniciada em 2005 e consolidada em 2006, enfrenta múltiplos desafios: desde a insuficiência e instabilidade dos recursos humanos até a apreensão do novo papel profissional, diante de exigências e habilidades que a oferta de atividades individuais e coletivas exige, além do domínio do território, da rede de serviços socioassistenciais existentes e da capacidade de articulação intersetorial para atuação em rede.

Acho que é um processo a implantação do SUAS. Assim como demorou em chegar ao que nós temos de conhecimento da LOAS hoje, vamos precisar de um tempo para nos apropriarmos do SUAS. Assim como foi com o ECA. É um processo ... (Assistente social 2 da Cooperativa).

Trata-se, pois, de um processo que exige “sair detrás das mesas” e conhecer os usuários, suas famílias, o território e as relações sociais nas quais se insere. Considerar o território como espaço de relações sociais – ao mesmo tempo, acolhedor quando se configura como lugar de pertencimento e ameaçador porque revela o aprofundamento das desigualdades.

O profissional também vai mudando, vai aprendendo a ouvir mais. No CRAS que trabalho tem grupo, mas ainda tem o trabalho individual. Lá tem um grupo de beneficiários do BPC, pessoas com deficiência, tem crianças e tem mais idosos. Depois da busca ativa que fizemos, formamos o grupo, mas o grupo está aberto a todos. Num primeiro momento vieram mais com medo do corte do benefício. Daí

quando viram que não era isso, agora já estão vindo por interesse mesmo. Eles [os idosos] são diferentes dos jovens, eles têm muita necessidade de falar. Eles estavam sem atividade nenhuma. Nós não tínhamos noção do número de pessoas com deficiência lá. (Assistente social 2 do CRAS)

O desafio de aproximar-se de um público atendido historicamente pelas ONGs, vencer a fragmentação da política de assistência social para alcançar a centralidade da família e dar visibilidade para outras políticas sociais também se faz presente.

Como estamos fazendo busca ativa dos beneficiários, estamos vendo as necessidades reais deles, então estamos levando essas situações para as reuniões intersetoriais, várias áreas estão conversando sobre essas pessoas. (Assistente social 1 do CRAS)

Um dos beneficiários entrevistados que participa de atividades desenvolvidas pelo CRAS assim se expressou:

As moças me convidaram para vir aqui. Gosto porque a gente fica à vontade, uma hora fala umas coisinhas, umas palestrinhas. Ela [a esposa] não veio, ela não tem diálogo, ela é nervosa. Eu até que estou gostando do grupo. (Beneficiário idoso)

Conhecer de perto o público do BPC tem possibilitado, ainda que inicialmente, reconhecer melhor tanto suas necessidades quanto as demandas de ampliação dos serviços públicos nos territórios de vida.

Em determinada região, por exemplo, os idosos não têm nenhuma opção de lazer, não tem nada para eles, isso está sendo percebido nas visitas, na busca ativa, muitos estão em casa, por exemplo. Está se pensando em descentralizar uma oficina para lá, estamos discutindo na intersetorial. (Assistente social1 do CRAS)

São ações como essas que poderão contribuir para elevar o potencial do benefício e do beneficiário.

O fato de a assistência social estar lá no bairro, já é muito bom. Quando você precisa de médico vai primeiro no centro de saúde, não vai direto para o hospital. Então acho que é a mesma coisa, o serviço tem que estar perto. Antes nós ficávamos ligando, falando o dia do grupo. Agora não precisamos ligar mais, eles já acompanham a agenda mensal que divulga as atividades do CRAS. Tem um grupo que trabalha a prevenção de violência de gênero, também não precisamos mais avisar ninguém, a

comunidade já vem. (Assistente social 1 do CRAS)

Agora com os serviços mais próximos é melhor, porque quando envolve distância é muito complicado, não tem dinheiro, mesmo que tenha acesso à gratuidade no transporte, sair de casa sempre envolve gasto. Tem regiões muito grandes, então o deslocamento para um lugar longe não dava, os serviços eram muito distantes. (Assistente social 1 da cooperativa)

A política de assistência social da Prefeitura de Campinas, por meio da Secretaria de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, oferta para o público idoso, na proteção social básica, além dos Centros de Referência de Assistência Social, programas e serviços denominados Centros de Convivência Inclusivos e Intergeracionais. Oferece acolhimento e convivência destinados a pessoas, em seus diferentes ciclos de vida, e tem por objetivo fortalecer a construção de redes de apoio, solidariedade e convivência, ampliando o suporte social desse público.

Na proteção social especial de média complexidade, desenvolve o programa de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa e, na proteção social especial de alta complexidade, conta com instituições de longa permanência, sendo uma do poder público municipal, três organizações não governamentais co-financiadas pela política de assistência social e 76 instituições particulares com fins lucrativos, fiscalizadas pela Coordenadoria de Vigilância Sanitária (COVISA) e pelo Conselho Municipal do Idoso.

Dados da COVISA revelam que menos de 1% da população acima de 60 anos encontra-se institucionalizada no município. As políticas setoriais de saúde, cultura e esporte também oferecem serviços destinados aos idosos. Mas é grande o número de idosos que se encontram isolados do convívio social, conforme demonstrado no capítulo anterior.

Além do que já foi assinalado sobre proteção social básica para as pessoas idosas, as pessoas com deficiência estão incluídas na oferta dos serviços socioeducativos para crianças e adolescentes de seis a 14 anos. Em relação à inclusão dos beneficiários do BPC nos CRASs, a baixa incidência desse público, conforme quadro a seguir, revela o tamanho do desafio para a inclusão dos beneficiários nos serviços oferecidos.

Quadro 5. Número de Famílias beneficiárias do BPC acompanhadas pelos CRASs

REGIÃO	CRASs	Nº DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS
NORTE	Vila Réggio	08
	Espaço Esperança	06
SUL	Campo Belo	02
	Bandeiras	03
LESTE	Nilópolis	02
	Flamboyant	12
SUDOESTE	Campos Elíseos	01
	Profilurb	53
	Vida Nova	29
NOROESTE	Satélite Íris	02
	São Luís	05
TOTAL	11	123

Fonte: Prefeitura Municipal de Campinas/Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social, 2008. Elaboração própria.

Os serviços de habilitação e reabilitação, da proteção social especial de média complexidade, são ofertados, no âmbito da política de assistência social, pela rede de ONGs co-financiada pelo município. Os casos relativos à violência doméstica praticada contra a pessoa com deficiência serão organizados no âmbito do segundo CREAS a ser instalado na cidade. Atualmente, essas vítimas são atendidas pelas equipes técnicas dos Distritos de Assistência Social, já mencionados anteriormente.

Não existem serviços de proteção social especial de alta complexidade específicos para as pessoas com deficiência. Contudo, na perspectiva da inclusão social, todos os serviços devem estar abertos também para esse público.

No que se refere à política de saúde, o programa municipal envolve ações preventivas, de habilitação/reabilitação para os cinco tipos de deficiência. Registra-se no campo do esporte o GADECAMP¹²³ – Grupo de Amigos Deficientes e Esportistas de Campinas, equipe de basquete sobre rodas que participa efetivamente de campeonatos estaduais e nacionais e já representou o município de Campinas nos Jogos Abertos do Interior.

No âmbito da política de educação, o índice de inclusão dos beneficiários do BPC com

¹²³ O GADECAMP teve origem em 1988, a partir do Projeto de Atividade Motora Adaptada (PAMA) da Faculdade de Educação Física da Unicamp, com o propósito de integrar e estimular o convívio social da pessoa com deficiência à sociedade, utilizando esportes adaptados.

deficiência precisa melhorar muito. Dados do MDS de 2008, que se referem ao Programa BPC na Escola, revelam que dos 1058 beneficiários com deficiência entre 0 e 18 anos, apenas 57 estão nas escolas.

Por essa pequena amostra é possível constatar o quanto é longo o caminho para a inclusão das pessoas com deficiência. Na verdade, nenhum processo pode ser visto em si mesmo, dissociado de outros processos sociais, afinal não são somente as pessoas com deficiência que enfrentam o desafio da inclusão. É certo que elas enfrentam múltiplas exclusões (pela deficiência e pela pobreza). Essa vivência experimentada por tantas pessoas traz à tona os mecanismos excludentes da sociedade, que segregam e estigmatizam todos aqueles que não se revelaram capazes de “vencer na vida com seus próprios recursos”.

4.4. O BPC E O CONTROLE SOCIAL – O DISCURSO DOS CONSELHEIROS

Os conselhos municipais de políticas públicas criados com a Constituição Federal de 1988 decorrem dos princípios dos Estados democráticos modernos, fundados na supremacia da vontade popular, na preservação da liberdade e na igualdade de direitos, aliados à valorização de novos espaços de participação da sociedade civil nas decisões políticas, próprios da democracia participativa.

A partir da promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social em dezembro de 1993, a política de assistência social como política pública de direito passou a ser implementada em todo o Brasil. As diretrizes e os princípios contidos na LOAS indicam alterações fundamentais no sentido da garantia dos direitos sociais aos cidadãos. Uma das garantias refere-se à participação popular através da constituição dos Conselhos Municipais de Assistência Social, e também dos Conselhos do Idoso e da Pessoa com Deficiência.

De caráter deliberativo, esses espaços abrem possibilidades de participação da sociedade civil na gestão e no controle público das políticas sociais. Nesse sentido, os conselhos apresentam composição paritária entre representantes governamentais e representantes da sociedade civil, incluindo nesta representação os usuários da política¹²⁴.

¹²⁴ Em sua exposição sobre “participação comunitária”, no I Simpósio Nacional de Assistência Social realizado em Brasília em 1989, Pedro Demo alertava para a inexistência de paridade natural entre Estado e sociedade, por mais concreta que a paridade numérica seja. Para o referido autor, face ao grande “poder de fogo do Estado”, só a organização da sociedade poderia garantir, de fato, sua representatividade nesses espaços (pg.122). Raichelis (1998:199) dedicou um capítulo inteiro de sua pesquisa de doutorado para discutir a questão da representatividade, apontando que a participação da sociedade civil na gestão das políticas sociais é de

Em Campinas, o Conselho Municipal de Assistência Social foi criado pela lei nº 8724 de 27 de dezembro de 1995¹²⁵, com 18 membros titulares e respectivos suplentes, seguindo a mesma composição do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Nove deles são representantes da sociedade civil, subdivididos entre entidades, trabalhadores e usuários da política de assistência social.

Em 1998, foi criado o Conselho Municipal do Idoso (CMI) e, em 1999, o Conselho Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência e com Necessidades Especiais (CMADENE), hoje denominado Conselho Municipal de Direitos da Pessoa com Deficiência (CMPD).

O CMPD é o conselho que reúne o maior número de representantes de usuários, ou seja, de pessoas com deficiência. Dos 14 representantes da sociedade civil, oito são pessoas com deficiência. Já no CMI, quatro pessoas idosas estão entre os 14 representantes da sociedade civil¹²⁶.

Nesta investigação, privilegiamos os Conselhos Municipais do Idoso e da Pessoa com Deficiência, uma vez que a principal “matéria” tratada nesses espaços refere-se ao público do BPC: idosos e pessoa com deficiência.

Na fala das conselheiras entrevistadas, foi possível observar diferenças na percepção do benefício enquanto direito constitucional.

O BPC é concebido como direito para a conselheira do CMPD:

É um benefício da assistência social, é um direito. (Conselheira do CMPD)

E para a conselheira do CMI, ele é visto como “direito, mas funciona como se fosse aposentadoria”. Ela enfatizou a vinculação do benefício ao trabalho:

Ele é vinculado ao trabalho porque, para mim, ninguém vive sem nunca ter

fundamental importância para a democratização das esferas governamentais, embora não se constitua em “garantia automática” de ampliação da pauta de direitos sociais.

¹²⁵ Publicada no Diário Oficial do Município em 28 de dezembro de 1995, esta Lei foi alterada pela Lei nº. 11.130 de 24 de janeiro de 2002 e regulamentada pelo Decreto 13.509 de 16 de dezembro de 2000.

¹²⁶ As discussões para criação do CMADENE se deram no âmbito da Comissão Municipal de Integração do Deficiente referenciada no capítulo 3 desta pesquisa. Conforme análise de Garcia (2004), a COMINDE reproduzia a forma de atuação que era comum às instituições e entidades nas décadas de 70 e 80, onde cabia um papel secundário às pessoas com deficiência. Na proposta original de criação do Conselho, pretendia-se que ele tivesse apenas três representantes das pessoas com deficiência. Essa ideia foi derrubada pela mobilização das pessoas com deficiência que participaram de tal processo, prevalecendo a proposta de que dos 14 representantes da sociedade civil, oito se constituíssem de pessoas com deficiência (p.,109-116).

trabalhado, algum trabalho ele fez, não importa se trabalhou no campo, tudo é trabalho. (Conselheira do CMI)

Quando comentei sobre alcance do benefício também para as pessoas com deficiência, entre as quais existem aquelas que, por sua condição peculiar de dependência física ou mental, de fato, nunca trabalharam, refletiu:

Acho que alguém tem que se responsabilizar por aqueles que são incapazes, porque a hora que falta o pai e a mãe... quando a família suporta aquele peso, em termos de custo, é uma coisa, mas se a pessoa não pode, aí é dever do Estado. (Conselheira do CMI)

A figura da pessoa com deficiência associada ao negativo, ao peso, à falta, revela-se ainda presente, assim como a referência à *cidadania regulada* e ao princípio de subsidiariedade, em que o Estado tem responsabilidade secundária e complementar à família, invertendo-se o papel de primazia do Estado em garantir acesso e fruição dos direitos ao conjunto de cidadãos.

A mesma diferença entre as visões das conselheiras é percebida em relação ao funcionamento do BPC no município. Se os critérios estão claros para a conselheira do CMPD, a conselheira do CMI afirmou “*dos deficientes eu não sei*”, reproduzindo o mesmo cenário da Constituinte, em que os idosos e as pessoas com deficiência lutaram fragmentadamente por um benefício desconectado da política de assistência social.

Quando perguntadas sobre a que política o BPC se vincula e quem paga o BPC, novamente houve distinção entre as respostas das conselheiras:

É da política de assistência social, o dinheiro é do governo federal, mas a fonte eu não sei. (Conselheira do CMPD)

Eu penso que vem do INSS, não vem? (Conselheira do CMI)

Para a reiterada confusão encontrada entre o benefício e a aposentadoria, a conselheira do CMPD aponta uma explicação:

O benefício é da assistência social e a aposentadoria é da previdência, mas como é tudo lá no INSS, acho que ajuda a confundir as pessoas. (Conselheira do CMPD)

Segundo a entrevistada, o BPC nunca integrou a pauta do CMI, mas nas Conferências Municipais das Pessoas com Deficiência, “ele foi pauta e recebeu indicativos”¹²⁷

Até o presente momento, nenhum dos conselhos registrou denúncias sobre apropriações indevidas do benefício, seja por familiares ou por Instituições de Longa Permanência (ILPIs).

Eu visito ILPIs, mas nunca questioneei sobre o benefício. (Conselheira do CMI)

Nenhum dos Conselhos se apropriou do número de beneficiários do município. Indagadas sobre a existência de alguma ação dos conselhos visando divulgar o benefício, a conselheira do CMPD respondeu que:

Já foi elaborada uma cartilha sobre a legislação do município das várias áreas, e na área da assistência social consta lá o BPC. (Conselheira do CMPD)

Já a conselheira do CMI revelou que “cartilha não tem, tem o Estatuto do Idoso. Agora, eu acho importante falar do BPC, vou falar”.

Em relação ao Plano Municipal de Assistência Social, ambas conselheiras desconhecem, mas lembram-se de que os conselhos foram convidados para participar da sua elaboração. Indagadas sobre o motivo da não participação, responderam:

Acho que tem a ver com a própria atuação dos conselheiros. Não basta ir só às reuniões mensais. A participação precisa ampliar mais. No momento, esta atuação está enfraquecida por falta de entendimento do conselheiro sobre o seu papel. Algumas pessoas, quando chegam ao Conselho, não sabem o que foram fazer lá e isso tanto os representantes dos usuários quanto do poder público. (Conselheira do CMPD)

¹²⁷ A IV Conferência Municipal de Atenção às Pessoas com Deficiência, realizada em 2004, apresentou o seguinte indicativo em relação ao BPC: “Ampliar a participação dos usuários nas discussões sobre o BPC (Benefício de Prestação Continuada) para que a avaliação seja realizada por equipe multidisciplinar do SUS atribuindo-lhe seu caráter de benefício assistencial”. Na V Conferência, realizada em 2006, o indicativo foi o de “qualificar a gestão do BPC por meio de sistematização de dados, reconhecendo as reais condições dos segmentos envolvidos visando subsidiar as ações dos gestores e dos conselhos municipais na delimitação das regiões e dos públicos prioritários, para ampliação e implementação de políticas públicas necessárias e complementares ao atendimento integral do idoso e das pessoas com deficiência”. Fonte: Relatórios do CMPD de 2004 e 2006.

Não sei, isso é de agora? Eu não sabia, tenho dúvidas se o CMI participou. Já ouvi falar no SUAS e no CRAS, mas tudo isso é novo, né? Mas não conheço completo.
(Conselheira do CMI)

Considerando os conselhos como um dos principais mecanismos de participação democrática para que a sociedade civil construa uma representação realmente legítima e participativa no âmbito das políticas públicas, seus membros precisam ampliar os canais de interlocução com os segmentos representados para que suas intervenções sejam pautadas na defesa de interesses coletivos e não de interesses particulares. Para tanto, faz-se necessário qualificar a intervenção dos conselheiros, ampliando o acesso às informações e ao conhecimento da legislação e às políticas pertinentes, no caso em questão, a política de assistência social. A articulação entre os conselhos também precisa ser observada, uma vez que se trata dos mesmos usuários, apesar de fazerem parte de políticas setoriais diferentes¹²⁸.

Enfim, participação e representatividade são temas recorrentes quando se trata dos conselhos municipais de políticas sociais. Talvez esses aspectos sejam mesmo os mais relevantes quando se questiona a capacidade de exercer controle social e realizar a co-gestão da política de assistência social por parte dos conselhos. No caso do acompanhamento do BPC, fica claro que existe um longo caminho a ser percorrido, caminho que passa ainda por legitimar a natureza do benefício e entendê-lo como direito da política de assistência social.

4.5. AMBIGÜIDADES DO BPC: DIREITO ASSISTENCIAL OU PREVIDENCIÁRIO?

O processo de implementação do BPC, em 1996, foi marcado pela baixa visibilidade, por sua restrição ao âmbito do INSS e, conseqüentemente, pelo distanciamento da política de assistência social da gestão do benefício e dos programas e serviços socioassistenciais. Assim, ficou uma forte impressão, para a população, de que se trata de um benefício previdenciário.

Tal apartação da política de assistência social começou a ser revertida após o início do processo de revisão do benefício em todo o país, entre os anos de 2000 e 2002. Contudo, o conflito entre as distintas lógicas permeia as ações do complexo previdência social/assistência social.

¹²⁸ Atualmente como conselheira do Conselho Municipal de Assistência Social, testemunho que nem mesmo este se articula com os demais conselhos setoriais, talvez por estarem ligados a outros Ministérios ou porque essas políticas públicas que ocasionam ações transversais, ainda não alcançaram reconhecimento enquanto áreas de conhecimento que atravessam campos distintos.

Se em dezembro de 1996 os gastos com o BPC no Estado de São Paulo somavam R\$ 12.174.330,00, dados do MDS relativos ao mês de setembro de 2008 apontam que esse valor chegou a R\$ 1.666.905.195,00. Essa significativa expansão dos gastos com o BPC sinaliza as diversas mudanças que foram processadas nesse período.

Decorridos 12 anos do início da concessão do BPC, e diante das transformações efetivadas na política de assistência social, nas quais se destaca a instituição do SUAS, e as diversas mudanças registradas na operacionalização do benefício pelo INSS, procuramos investigar quais seriam as dificuldades e as facilidades encontradas no que tange ao acesso ao benefício, na relação entre a previdência e a assistência social. A investigação também buscou compreender, por meio das entrevistas realizadas com os procuradores, o papel da previdência social junto ao Juizado Especial Federal.

Embora Campinas seja uma metrópole com mais de um milhão de habitantes, contando com três agências da previdência social, apenas três assistentes sociais trabalham na agência central do INSS. Esse pequeno número desafia os profissionais. Assim mesmo, a presença de profissionais de serviço social aparece como mediação do direito:

Aqui em Campinas, temos mais possibilidades de contato com os assistentes sociais, então é bom. Escuto menos reclamações [dos usuários] (Assistente social 1 do CRAS).

Tem cidade que tem assistente social no INSS, então a percepção do direito fica mais garantida. (Assistente social 1 da Cooperativa)

Mesmo definido como um direito do usuário segundo art. 88 da Lei 8213/91 (Brasil, 1991), o Serviço Social do INSS foi extinto por medida provisória em dezembro de 1998.¹²⁹

Como já assinalado no capítulo anterior, foi fundamental o trabalho em parceria entre o município de Campinas e o INSS, inclusive com a celebração de um Termo de Cooperação Técnica. Essa ação articulada testemunha a importância da atuação do assistente social na mediação do direito. É o assistente social que procura esclarecer quem é o público beneficiário de um direito não-contributivo como o BPC para os outros profissionais dessa instituição, desvelando cálculos que dão ou não direito ao benefício previdenciário e os

¹²⁹ A luta dos profissionais assistentes sociais e das organizações representativas do Serviço Social levou à reversão deste quadro. O INSS está com inscrições abertas para o concurso público para o cargo de analista do seguro social, que exige graduação em serviço social. São 900 vagas previstas em todo o Brasil. Na Região Metropolitana de Campinas estão previstas oito vagas, das quais três são para Campinas. No Estado de São Paulo, são 186 vagas. Fonte: Jornal Correio Popular de 22 de novembro de 2008, pg. A6, Caderno Cidades.

explicitando para os usuários. São os assistentes sociais do INSS também que capacitam os profissionais da rede socioassistencial em relação aos benefícios previdenciários, assim como capacitam os peritos previdenciários, na perspectiva de ampliar-lhes a análise social em relação ao BPC. Daí a relevância do retorno do Serviço Social ao INSS e do concurso realizado, em virtude da adoção da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, conforme anteriormente mencionado (nota 46).

Um esforço comum dos profissionais de serviço social do INSS e da rede socioassistencial do município refere-se ao enfrentamento dos chamados *atravessadores*. A burocracia estatal acaba por facilitar a ação de pessoas e grupos que se apresentam como “facilitadores” do acesso aos benefícios. Sem nenhuma hesitação, essas pessoas oferecem “seus serviços” em troca do recebimento do benefício durante determinado tempo como pagamento à aquisição do mesmo.

Eu lutei bastante para conseguir o benefício, mas precisei contratar advogado, sozinha não teve jeito. (Mãe da beneficiária com deficiência múltipla)

Outra problemática que eu acho grave é com relação aos atravessadores, que em regiões da periferia da cidade formam uma clientela que, muitas vezes, não faz jus ao BPC. Nós denunciamos isso. Eles pegam o usuário, mudam o endereço, simulam uma separação, e você não consegue achar o beneficiário. Então tem essas irregularidades. Eles recebem os três primeiros salários, isso é revoltante, revoltante, revoltante! A gente fala que não precisa, que não tem que pagar nada, mas a rede deles é muito rápida. A porta de acesso, os CRASs, pode contribuir para minimizar isso (Assistente social 1 da Cooperativa).

A maior publicização do BPC, alcançada a partir do atendimento descentralizado nos serviços de assistência social do município em 2004 e da implementação dos CRASs em 2005, contribuiu para diminuir a ação dos *atravessadores* e a exposição dos usuários a situações vexatórias nas agências do INSS. Mas a questão burocrática, em maior ou menor grau, ainda obstaculiza o acesso ao direito:

Recebo o benefício há cinco anos. Logo no início, fui me informar. Ele [o filho] tinha dois anos e meio. Uma mãe conversa com a outra e aí eu comecei a ir atrás. Fui no INSS, peguei os formulários, foi difícil, demorou um pouco mais saiu. (Mãe do beneficiário com múltipla deficiência)

Os idosos têm muita dificuldade de organizar a documentação do BPC. É muito extensa, até tirar xerox de tudo da família toda, demora muito. Tem um caso que ele

já tentou, foi indeferido porque a esposa tinha aposentadoria. Agora ele está mesmo separado, então está solicitando novamente. Mesmo assim, demora para trazer os documentos. Percebi que eles não entendem direito. Tem que falar com a filha, explicar para ela, porque ele não entende, fica perdido. Se ele não tem família, ele não consegue. Então a burocracia e a dificuldade deles em preencher os formulários sozinhos, ainda dificultam o acesso ao benefício (Assistente social do CRAS 1).

Nesse sentido, a burocracia estatal contribui para manter o usuário na condição de tutelado, já que o acesso ao benefício fica submetido a um apoio externo, que nem sempre vem da família ou de algum serviço da assistência social. Ampliando-se o reconhecimento e atuação dos Centros de Referência de Assistência Social como “porta de entrada” para a política de assistência social, o que se espera é que o BPC possa alcançar a condição de direito de cidadania assegurado pela Constituição Federal de 1988, pela inclusão dos seus beneficiários na rede socioassistencial e no conjunto de programas e serviços continuados por ela prestados.

Ao considerarmos a questão da atenção direta ao usuário realizada pelo INSS, aparece o seguinte destaque:

A única ressalva que faço é em relação ao atendimento do beneficiário do BPC. Precisa ter o preparo desse funcionário [do INSS], humanização do atendimento mesmo, há diferenças entre o público contribuinte e o não-contribuinte, eu tenho esse olhar (Assistente social 2 da Cooperativa).

O tratamento não é bom, as pessoas não são bem tratadas, os funcionários precisam ser capacitados para respeitar as pessoas mesmo sendo um direito não-contributivo. Acho que a questão da perícia é bem difícil. (Assistente social 1 do CRAS)

Quanto à adoção do sistema de agendamento de atendimento por telefone (135)¹³⁰, se por um lado diminuíram as históricas filas das agências previdenciárias, por outro parece ter-se instituído uma fila virtual. Atualmente, o tempo estimado para dar entrada na solicitação do benefício é de três meses.

O que é difícil é a demora no agendamento, essa forma eletrônica não é boa, as pessoas não gostam. Se por um lado facilita, dificulta por outro, pois é necessário que

¹³⁰ O sistema de agendamento introduzido pela Previdência Social a partir de setembro de 2007 permite a requisição, dentre outros, do “benefício assistencial” por telefone, agendando-se o atendimento, com dia e hora marcados em qualquer agência da previdência social, observadas as vagas disponíveis.

alguém agende para eles. Não é tão simples para o idoso, então eu acho que isso acaba diminuindo o acesso para eles. (Assistente social 2 do CRAS)

Para o agendamento eletrônico, eles [os idosos] não conseguem entender o que fala, ficam bravos que não era aquilo que eles queriam ouvir, respondem para a gravação, não dá para eles fazerem o agendamento sozinhos. (Assistente social 1 do CRAS)

A perícia médica é outro empecilho para o acesso ao direito. A principal questão apontada, inclusive nas Conferências Nacionais da Assistência Social, refere-se ao modelo inadequado de avaliação da deficiência e da incapacidade, com insuficiente grau de uniformização e elevado grau de subjetividade. Ou seja, não há como concordar que um direito social de cidadania fique submetido a parâmetros pessoais. Nesse sentido, conforme já mencionado anteriormente, a introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), ao incorporar a abordagem multidimensional da funcionalidade, da incapacidade e da saúde, certamente contribuirá na solução desses impasses e, por isso, deve ser considerada um avanço importante no aperfeiçoamento do benefício.

Por fim, importante aspecto a ser ressaltado são os níveis de indeferimento do benefício. O *per capita* estabelecido em $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, ou R\$ 107,50 no valor vigente em abril de 2008, é por demais excludente, sendo a sua elevação uma luta antiga e sistematicamente reiterada.¹³¹

Para esta “legião de excluídos sociais”, que tem o benefício negado pelos referidos critérios de elegibilidade e, esgotadas as possibilidades de pedidos de reconsideração¹³² que integram o trâmite para a concessão do BPC no INSS, há ainda uma última instância a recorrer e solicitar o julgamento do pedido de concessão. Trata-se do Juizado Especial Federal, que tem por objetivo “oferecer uma justiça mais ágil e eficaz, buscando simplificar e diminuir as etapas processuais, além de reduzir o número de recursos encaminhados aos tribunais superiores”¹³³. E julgar “causas cíveis e criminais de competência da Justiça Federal” (conflitos que envolvem os cidadãos e a Administração Pública Federal: a União; autarquias federais como, por exemplo, o INSS; o Banco Central e empresas públicas

¹³¹ Tramitam hoje pelo Senado e pela Câmara Federal 112 Projetos de Leis referentes ao BPC. Grande parte desses projetos trata da elevação do *per capita*. Fonte: Ofício nº5/2008/DBA/SNAS/MDS.

¹³² O Pedido de Reconsideração é um direito do beneficiário quando o resultado da Avaliação Médica realizada pelo INSS tiver sido contrário e o segurado não concordar com o indeferimento do seu benefício. Fonte: www.previdencia.gov.br. Acesso em 03 set.2008

¹³³ Fonte: <http://www.trf4.jus.br>. Acesso em 28 jul.2008.

federais, tais como a Caixa Econômica Federal)¹³⁴. Na pesquisa bibliográfica realizada, vários estudos apontam que são inúmeras as ações civis públicas contra o INSS e a União para a concessão do benefício em decorrência da renda familiar *per capita* ser superior a ¼ do salário mínimo¹³⁵.

Em relação a essa questão, destaca a Juíza Federal do Juizado Especial Previdenciário de São Paulo, Marisa Ferreira dos Santos:

Quanto à renda *per capita* familiar, que não pode ser superior a ¼ do salário mínimo, a exigência não encontra respaldo constitucional. A Constituição garante que salários e os benefícios previdenciários não sejam inferiores a um salário mínimo. Ora, exigir que a renda *per capita* não seja superior a ¼ do salário mínimo é, por via travessa, admitir que se pode ter remuneração ou benefício de valor inferior a um salário mínimo (SANTOS, 2004: 80).

Outro aspecto relevante é que, entendendo que o critério legal impede o exercício do direito, o Superior Tribunal de Justiça tem concordado¹³⁶ que ¼ do salário mínimo não é o único critério válido para comprovar a condição de necessidade preceituada no art.203. Ou seja, existem outros meios de verificação, principalmente em se tratando de pessoas com deficiência e de pessoas idosas que, tanto pela condição do envelhecimento quanto da deficiência, têm gastos mais elevados. Veja-se a análise da citada Juíza:

É bem verdade que já há decisão do Supremo Tribunal Federal, em Ação Declaratória de Inconstitucionalidade, no sentido da limitação posta. Entretanto, a leitura acurada da decisão mostra que, na verdade, o

¹³⁴ “As ações que podem ser propostas perante os juizados especiais, no âmbito Cível_Previdenciário são as seguintes: direitos contra o INSS referentes à concessão ou restabelecimento dos seguintes benefícios previdenciários: a) aposentadoria por invalidez, auxílio-doença e auxílio-acidente, desde que a causa da incapacidade para o trabalho não seja um acidente do trabalho; b) aposentadoria por idade; c) aposentadoria por tempo de serviço/contribuição; d) aposentadoria especial; e) salário-família; f) salário-maternidade; g) pensão por morte; e h) auxílio-reclusão; direitos contra o INSS referentes à revisão do valor dos benefícios já concedidos (por exemplo, quando houve algum erro quanto à data de início, ao tempo de serviço considerado, aos índices de correção e reajustes aplicados, aos salários-de-contribuição computados, ao percentual de cálculo utilizado ou ao teto adotado); direitos contra o INSS relativos à **concessão do benefício assistencial de prestação continuada (“amparo assistencial”) para pessoas deficientes ou idosas (com mais de 65 anos) e baixa renda**; causas contra o INSS para reconhecer tempo de serviço (por exemplo, a. rural em regime de economia familiar; b. reconhecido em reclamatória trabalhista. anotado na Carteira de Trabalho ou pago mediante carnê e não computado pelo INSS); causas contra o INSS para converter o tempo de serviço especial trabalhado em condições prejudiciais à saúde; causas contra o INSS para expedir certidão de tempo de contribuição; causas contra o INSS para realizar a contagem recíproca do tempo de contribuição no regime público de previdência social. Os Juizados Especiais Federais julgam ações também no âmbito civil não previdenciário e no âmbito criminal.” Fonte: COJEF – Coordenadoria dos Juizados Especiais Federais da 4ª Região. <http://www.trf4.jus.br>. Acesso em 28 jul.2008 (grifos meus).

¹³⁵ Em Campinas, tramitam no Juizado Especial Federal – 3ª Região – 212 processos relativos ao BPC, sendo que, com relação ao exercício de 2008, 33 processos foram julgados improcedentes e 14 procedentes. Fonte: Ofício nº 104/2008 – JEF/PRES.

¹³⁶ Ver, por exemplo, BUDIB, 2003.

Supremo Tribunal Federal apenas admitiu que a legislação ordinária pode estabelecer as condições para o recebimento do benefício, mas não chegou a declarar a constitucionalidade daquele preceito do art.20, § 4º. Tanto é assim que o Superior Tribunal de Justiça tem reiteradamente decidido que a limitação da renda *per capita* familiar a ¼ do salário mínimo apenas estabelece uma presunção absoluta da necessidade do idoso e do portador de deficiência, isto é, não há necessidade de produção de outras provas. Porém, mesmo que a renda *per capita* familiar seja superior, poderá o juiz conceder o Benefício de Prestação Continuada se do conjunto das provas resultar que a necessidade existe (SANTOS, Ibid., p.81).

Outra questão que merece atenção: já que se trata de um benefício da assistência social, por que a procuradoria do INSS é que responde ao Juizado Especial Federal? O financiamento do benefício não sai das contas da previdência social, logo, o que se entende é que a decisão não deveria ser previdenciária. Estaria, então, o INSS agindo como se o BPC fosse uma aposentadoria?

Na entrevista realizada com os procuradores do INSS, obtivemos as seguintes respostas:

Nosso papel aqui é fazer a defesa do INSS nas ações em que segurados e não-segurados pretendem receber benefícios. Respondemos perante a justiça nessas ações. (Procurador 1 do INSS)

Perguntado sobre a defesa ser realizada da mesma forma que um benefício previdenciário, o procurador respondeu que: “A defesa é em relação aos requisitos legais para concessão do benefício”. E acrescentou que:

Durante algum tempo, a jurisprudência era meio vacilante no sentido de considerar o INSS como parte legítima para figurar nessas ações; [questionava-se] se o INSS era só responsável por operacionalizar, mas não por responder por ele [benefício] em última instância. Houve muita controvérsia, mas hoje está pacificado que o INSS deve fazer parte do processo judicial. (Procurador 1 do INSS)

Desta forma, as ambigüidades em relação ao BPC tendem a continuar, pois se o benefício é da política de assistência social, de alguma forma seus beneficiários são prejudicados se os princípios desta política não alcançam prioridade nesse processo.

É pela divergência em relação à caracterização da necessidade que tem sido possível recorrer ao Juizado Especial Federal para ter o direito assegurado. Foi o que aconteceu com uma das entrevistadas.

O pai da beneficiária com deficiência múltipla sempre trabalhou como pedreiro numa

empresa reconhecida e consolidada na área de construção civil na cidade de Campinas. Por isso, quando o BPC foi implementado, a família não teve direito ao benefício, uma vez que a renda *per capita* era superior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, ainda que passasse “um real”, conforme afirmou a mãe durante a entrevista.¹³⁷

Como sustentar uma família cujos filhos com diferentes necessidades exigem cuidados contínuos dos pais? Fazer o cálculo do *per capita* é suficiente? Cuidar de crianças, de adultos ou idosos é uma atividade que não só limita a participação do “cuidador” no mercado de trabalho onde, em tese, estariam garantidos os direitos sociais e trabalhistas, como também restringe a sociabilidade ao âmbito da família, o que, muitas vezes, adoce seus membros. Esta complexa realidade familiar e social demonstra que não é possível tratar de uma única maneira famílias com necessidades tão diferentes.

Por isso o estabelecimento de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo como único critério para aferir a situação de necessidade é um dos pontos de divergência no âmbito do judiciário. Para o procurador entrevistado:

Esse critério é objetivo e deve ser observado, mas outra jurisprudência defende que há outros critérios mais subjetivos e que podem ser considerados. (Procurador 2 do INSS)

Diante dessa divergência, em Campinas, no Juizado Especial Federal, o depoimento de um dos procuradores entrevistados revela que:

A impressão que eu tenho é que tem prevalecido o critério objetivo, ou seja, da renda. (Procurador 1 do INSS)

Embora existam decisões nos dois sentidos, ou seja, pelos critérios objetivos e subjetivos, qualquer critério focalizado exclusivamente na renda não leva em conta outras necessidades peculiares ao envelhecimento, à deficiência, ao indivíduo enquanto *sujeito moral* e, ainda, no caso deste público, agravadas pela situação de pobreza.

¹³⁷ Trata-se de uma família em que os pais são primos em 1º grau, e dos quatro filhos que tiveram, três apresentaram deficiência física e mental. Essa família, conhecida por mim há mais de dez anos, sempre lutou muito para a inclusão de seus filhos em algum tipo de reabilitação. Uma das entrevistadas, quando a conheci, apresentava somente deficiência mental. Hoje se encontra com dificuldade de mobilidade, fazendo uso de cadeira de rodas para locomoção. Os outros dois filhos com deficiência, um deles já falecido, sempre tiveram um comprometimento maior. A deficiência física deu sinais mais cedo para eles, e a deficiência mental era mais agudizada do que a da primeira filha. Por esse motivo, era muito difícil incluí-los em reabilitação, dada a organização fragmentada dos serviços. Ou se atendia deficiência mental ou física. Apenas duas ONGs atendiam casos de múltipla deficiência, portanto, a fila de espera era sempre desanimadora. Quando a vaga finalmente chegava, havia o problema do transporte. E assim o tempo ia passando e as crianças crescendo no seu mundo familiar particular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo investigar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) na perspectiva do direito socioassistencial não-contributivo, garantido pela política de assistência social brasileira. Para tanto, buscou verificar e analisar os desafios enfrentados pelos cidadãos que fazem jus ao benefício para acessá-lo; compreender os significados e percepções a seu respeito, enquanto direito constitucional; examinar as diferenças em relação ao direito contributivo, além de apontar singularidades que caracterizam a heterogeneidade do público beneficiário no sentido de problematizar os elementos que obstaculizam seu reconhecimento enquanto direito social de cidadania no âmbito da política de assistência social.

Em uma sociedade cujos direitos decorrentes do trabalho são cada vez mais ameaçados e restritos a uma parcela menor dos trabalhadores integrados ao mercado formal, a cultura cristalizada em torno da *cidadania regulada* interdita a legitimação de um direito social que tem como base a cidadania como medida de equidade e justiça social e, ao mesmo tempo, expõe as tensões entre assistência social e trabalho.

Na trajetória dessa pesquisa, por meio dos aportes teóricos e dos depoimentos dos entrevistados, foi sendo explicitada a necessidade de enfrentar a polarização entre os direitos contributivos, cada vez mais limitados e mercantilizados sob a égide do seguro social, e políticas de seguridade que garantam universalização do acesso a um amplo e articulado sistema de proteção social para o conjunto da população. Ou, nas palavras de Castel, enfrentar o “paradoxo entre uma solidariedade alimentada pelo trabalho e uma solidariedade que requer ‘atender necessidades’, ao mesmo tempo daqueles que trabalham e daqueles que não trabalham” (CASTEL, 1995b: 11 *apud* BOSCHETTI, 2006:127), que parece ser o “coração” de um sistema de seguridade social.

Trata-se, portanto, de trazer à tona a necessidade de ultrapassar o conflito entre os “capazes” e os “incapazes” para o trabalho, ou entre os “pobres merecedores” – o “inválido”, o idoso ou a criança – e os “pobres não merecedores” – aqueles que teriam idade e condições físicas e mentais para trabalhar – se o que se quer é a universalização da cobertura das necessidades sociais dos indivíduos, estejam ou não inseridos no processo de produção.

De alguma forma, essas questões permeiam as ambigüidades em relação ao BPC, ora considerado como direito previdenciário ora como direito socioassistencial. É a velha questão que coloca o direito associado ao exercício do trabalho assalariado e, portanto, ao seguro

previdenciário, e a assistência social dissociada da cidadania e do trabalho.

Colabora para a dificuldade de percepção do BPC como direito socioassistencial, a maneira diferenciada com que ocorreram os debates em torno da transferência de renda para os idosos e para as pessoas com deficiência, por ocasião dos trabalhos da Assembléia Constituinte que, até hoje, repercutem de modo diferente para cada um desses segmentos.

A reivindicação, na ocasião da Constituinte, de uma renda mínima para o idoso e de um benefício a ser utilizado em reabilitação para as pessoas com deficiência, prejudicou o entendimento do BPC como integrante de um sistema mais amplo de proteção social. Cabe registrar que até pesquisas de caráter nacional não conseguem identificar com precisão os beneficiários do BPC, que freqüentemente se declaram como beneficiários da previdência social. Um exemplo é a PNAD/IBGE (2007), que capta o Benefício de Prestação Continuada em conjunto com a renda de aposentadoria e pensão, não sendo possível, desta forma, observar quanto o BPC representa no total da renda declarada pela família.

Para essa persistente confusão entre aposentaria e direito (não-contributivo) socioassistencial, dois aspectos, dentre outros já apontados, parecem relevantes: a falta de clareza sobre a complementaridade das políticas de assistência social e trabalho e a dificuldade de reconhecimento da assistência social como uma das políticas de seguridade social.

Isto posto, uma das questões a ser destacada, e que merece a continuidade de novas pesquisas e estudos, diz respeito ao papel relevante a ser desempenhado pela política de assistência social, a partir da sua definição como política não-contributiva de seguridade social voltada para o atendimento de certas contingências sociais vividas pela população.

Contudo, o reconhecimento de sua importância e da necessidade objetiva de ampliação da política de assistência social e sua estruturação em nível nacional não devem hiperdimensionar seu papel no enfrentamento da “questão social” (MOTA, 2008:196-197).

Certamente, um equívoco a ser combatido seria a atribuição à política de assistência social de tarefas que não lhe cabem e que devem ser remetidas a políticas públicas de trabalho e emprego. Ou seja, a política de assistência social precisa estabelecer com clareza sua importância e alcance como uma das políticas de proteção social, considerando-se, inclusive, os limites estruturais que subscrevem as políticas sociais nos marcos da sociedade capitalista contemporânea.

Outra questão abordada diz respeito à concepção da política de assistência social como

integrante da seguridade social brasileira. Um aprofundamento sobre o significado desse campo de proteção social precisa ser enfatizado. Nas entrevistas, as assistentes sociais apresentaram dificuldades no entendimento da seguridade social, prevalecendo a mesma visão fragmentada presente no processo de sua criação.

Por tudo que se destacou em relação à constituição da seguridade social brasileira, conclui-se que se trata de um campo que precisa ser elucidado como determinante na proteção equânime das necessidades sociais de todos os cidadãos. Por isso, também é importante o acompanhamento do debate em torno das fontes de financiamento da seguridade social e do corte de suas receitas pelas reformas da previdência ou tributária que, constantemente, ameaçam a manutenção e ampliação dos direitos sociais.

De fato, se a seguridade social expressa a solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros, estes devem ser considerados cidadãos, não de segunda classe ou pré-cidadãos por se encontrarem em dificuldades para prover o seu sustento. É diante dessa concepção que equidade, justiça social e redistribuição de renda se tornam referências para a cidadania universal – que, no entanto, não parece legitimada numa sociedade que carrega como marca uma cultura política de baixa inscrição no campo dos direitos humanos.

Na perspectiva da universalização da cobertura de toda a população excluída dos meios de produção, as políticas de transferência de renda do campo não-contributivo, em especial o BPC, devem interagir com as políticas contributivas, complementando-se, assim, o sistema de proteção social. Nesse sentido, a política previdenciária deve ser pensada em conjunto com a política de assistência social. A transferência de renda, ao lado dos benefícios previdenciários, deve ultrapassar a “novidade institucional” e substancialmente contribuir para alterar o perfil da pobreza, da indigência e da desigualdade no país.

Os impactos do BPC na redução da pobreza e nos processos de autonomização dos grupos beneficiados precisam ser ainda melhor conhecidos e problematizados. Se são significativos, conforme demonstram os estudos realizados por diferentes institutos de pesquisa e reforçados pelos resultados da presente investigação, permitem também identificar os desafios existentes para a universalização dos direitos sociais, face aos limites do papel do Estado sob as exigências de rentabilidade econômica do mercado.

Contudo, no âmbito específico da política de assistência social e dos direitos que cabe a ela garantir, o BPC se traduz em uma das mais importantes inovações da política de seguridade social brasileira, ainda que seletivo e focalizado, pois exclui do seu acesso

enormes contingentes de cidadãos, como defende a perspectiva liberal. Não se pode deixar de observar que o público a que se direciona esse direito até então se encontrava excluído de qualquer mecanismo público de transferência de renda.

Mas é preciso insistir nas diferenças existentes entre eles. Se, para os idosos, a própria explosão demográfica e a perspectiva de longevidade lhes acenam com um maior protagonismo social, para as pessoas com deficiência, o desafio é muito maior. O estigma da incapacidade associado à ausência das diferentes formas de acessibilidade – arquitetônicas, comunicacionais, instrumentais, programáticas e atitudinais – distancia o acesso das pessoas com deficiência aos bens e serviços que todos os cidadãos têm direito de usufruir.

Se os idosos vem conquistando um lugar em várias políticas sociais como na educação, na saúde, no esporte, na cultura; as pessoas com deficiência enfrentam uma luta quase solitária em busca desses mesmos direitos. Quando conseguem inserir-se no debate público, ainda têm que enfrentar a velha cultura que os quer em grupos segregados. Não é difícil testemunharmos propostas para a criação de estruturas, serviços, programas e projetos destinados somente para as pessoas com deficiência. Exemplo recente, e que foi alvo da manifestação de movimentos em defesa dos direitos das PCD, foi a criação da Secretaria de Estado da Pessoa Portadora de Deficiência, proposta pelo Governo do Estado de São Paulo. Alguns movimentos defendem, posição da qual compartilho, que esse tema deve ser tratado no conjunto das demais políticas sociais, numa perspectiva não-segmentada e universal de políticas públicas, respeitando-se a diferenciação das demandas e das necessidades individuais e coletivas.

Tais iniciativas demonstram claramente a recusa da perspectiva inclusiva pautada pela não-discriminação, pela autonomia e independência, conforme preconiza a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada pelo Brasil, por meio da Secretaria Especial de Direitos Humanos no dia 30 de março de 2007. Se a deficiência se define, principalmente, pela existência ou não de barreiras na sociedade que impedem sua autonomia e participação plena, o referencial assistencialista, marca histórica associada a esse segmento, tem que dar lugar para os direitos sociais, humanos e à cidadania. É preciso ultrapassar a concepção da pessoa com deficiência como pobre merecedor ou como inválido, para concebê-la como sujeito de direitos.

Nesse sentido, é necessário salientar a importância do BPC para crianças e adolescentes, que representam quase 30% de seus beneficiários, e o protagonismo do

Programa BPC na Escola, como uma das estratégias para elevar a inclusão dos beneficiários com deficiência na escola. Esforços marcantes como este são capazes de intervir na realidade de escolas ainda discriminadoras, que rejeitam a diversidade, desconsiderando que a diferença é constitutiva dos seres humanos. São desafios assim que provocam a política de assistência social a construir um novo olhar sobre a pessoa com deficiência, possibilitando sua inclusão nos serviços de que necessita, com a perspectiva de novas modalidades de atenção, além de considerar as várias adaptações necessárias que garantam a equiparação de oportunidades, firmando a defesa de uma sociedade inclusiva.

A falta de isonomia no tratamento dado aos idosos e às pessoas com deficiência beneficiárias do BPC também precisa ganhar eco. Se os idosos de uma mesma família podem receber dois benefícios cumulativamente, o mesmo precisa se concretizar para as pessoas com deficiência. Essa questão, já deliberada pelas V e VI Conferências Nacionais de Assistência Social, também pode abrir caminho para a extensão do benefício para o cuidador.

O processo investigativo realizado revelou que o significado do BPC enquanto direito constitucional mostrou-se frágil no entendimento dos sujeitos entrevistados. A velha questão que se coloca entre ajuda e direito permeou a fala dos assistentes sociais, dos beneficiários e dos conselheiros entrevistados, confirmando as questões norteadoras desse estudo. O que se pode perceber é que existe um longo caminho a ser percorrido para que a política de assistência social seja entendida como uma política de proteção social, integrante da seguridade social brasileira. Nota-se falta de clareza em relação à especificidade desta política e, em consequência, fragilidade para a legitimação do BPC como direito socioassistencial. Confirma-se, assim, que reconhecer o direito à assistência social independente da referência do trabalho assalariado é tarefa desafiadora, considerando-se a força do ideário liberal e da cultura conservadora, presentes em nossa sociedade.

Entender a natureza de um direito não-contributivo requer concepções claras e sem concessões sobre direito, cidadania e democracia. É por isso que a ruptura entre a assistência social como prática de dever moral de ajuda aos necessitados, e a assistência social enquanto política de proteção social acontecerá na mesma medida em que direito, cidadania e democracia forem concebidos como referências pelas quais se regulam e se constroem relações sociais civilizadas, o que significa dizer relações sociais que têm por base a equidade e a justiça social. Se não for assim, ficará difícil dissociar direito do assistencialismo, porque neste não existe sujeito de direitos, o que se reconhece é o pobre, o necessitado, aquele que deve receber caridade, mas não direito.

Em 2008, comemoraram-se os sessenta anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948-2008), os vinte anos da promulgação da Constituição Federal do Brasil (1988-2008) e os quinze anos da LOAS (1993 -2008).

Esses marcos são especialmente importantes para os idosos e para as pessoas com deficiência por se tratarem de segmentos sociais tradicionalmente marginalizados. A Constituição Federal de 1988 acolheu os direitos proclamados pela Declaração Universal e criou instrumentos jurídicos para sua proteção e efetivação. Dentre outras legislações brasileiras, a LOAS incorpora os princípios da Declaração Universal, quando aponta para as condições necessárias a uma vida digna, o que envolve não apenas direitos socioassistenciais mas também direitos econômicos, e culturais, acesso à educação, trabalho, habitação, saúde, entre outros. Ou seja, a política de assistência social, ao integrar o campo da proteção social, insere-se ao mesmo tempo no campo dos direitos humanos, entendidos como defesa de condições dignas de vida.

Contudo, mesmo com os avanços democráticos da sociedade brasileira, sem esquecer-se do (vergonhoso) passado de ditadura militar, alguns setores sociais ainda olham com desconfiança a defesa dos direitos humanos. Não raro associam-se os defensores destes direitos como “defensores de bandidos”, o que mais uma vez reflete nossa cultura política patrimonialista, tuteladora e conservadora, onde os privilégios e os interesses de uma minoria têm que ser preservados a qualquer preço. Essa cultura, entre outras questões apontadas durante esse estudo, obstaculiza o reconhecimento das políticas de proteção social, como é o caso da política de assistência social, como direito a ser acessado por quem delas necessitar.

Em relação ao público destinatário do BPC, sua particularidade e heterogeneidade indicam a necessidade da ampliação de sua cobertura. A universalização da cobertura das necessidades sociais dos indivíduos tem que ser enfrentada, especialmente quando se considera o processo de envelhecimento populacional, determinado, principalmente, pelo aumento de expectativa de vida e pela redução da taxa de natalidade. Temos ainda um contingente populacional que, num prazo muito curto, alcançará a velhice, sem, contudo, ter experimentado o emprego formal, permanecendo, portanto, à margem do sistema de proteção social contributivo. Sem dúvida alguma, um cenário inquietante.

A discussão sobre a ampliação da cobertura do BPC deve envolver também as situações em que a dependência de cuidados de terceiros se faz presente, o que diz respeito tanto às pessoas idosas quanto às pessoas com deficiência. Essa questão, ainda incipiente no

debate público brasileiro, precisa ganhar centralidade nos debates sobre as políticas de assistência social, saúde e previdência social, ou seja, as políticas de seguridade social.

Se, por um lado, houve significativa expansão no grau de cobertura dos benefícios da seguridade social para o público idoso durante a década de 1990 e anos seguintes, a análise das políticas de proteção social aponta para incipiência de programas específicos voltados às pessoas idosas em situação de dependência funcional, e mais ainda em relação às pessoas com deficiência.

A extensão do benefício para o cuidador pode ser entendida como uma das estratégias para tornar a proteção social mais ampla e abrangente, mas não pode dissociar-se da formação, do treinamento e de serviços de apoio para a realização dessa tarefa, que não é simples. A ação especializada destinada a apoiar as pessoas cujas limitações funcionais as impedem de ter uma vida autônoma resulta em um complexo cotidiano para muitas famílias.

Daí a premente necessidade de articular benefícios e serviços, possibilidade que o SUAS traz ao buscar romper com tal apartação historicamente registrada, e instituir um inovador padrão de operacionalização dos serviços socioassistenciais por meio das proteções básica e especial. Com a implantação dos Centros de Referência de Assistência Social, o BPC ganha maior efetividade. É nestes equipamentos públicos que os serviços socioassistenciais devem ser implementados na perspectiva do fortalecimento das famílias e de seus indivíduos, por meio do desenvolvimento de suas potencialidades e capacidades, e da promoção do convívio familiar, comunitário e intergeracional. No entanto, os dados revelados nessa pesquisa demonstram que essa realidade ainda é um *devir*.

Em que pese o poder limitado de ampliação da cobertura do BPC face aos excludentes critérios de renda domiciliar *per capita*, a equidade como diretriz das políticas sociais também se traduz pela expansão do acesso aos cuidados da saúde, educação, emprego, capital e direitos de posse da terra (Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 2006. In: MOTA, 2008:188).

Em tempos neoliberais e de globalização, em que alguns se beneficiam à custa de muitos, o que demonstra a ineficácia das chamadas “políticas de ajuste”, e, considerando-se a existência de grande contingente da população que recebe rendimentos muito baixos, critérios restritivos para a concessão de benefícios não deixam de ser um modo pelo qual se regula o gasto social nessa área, o que diminui as pressões sobre a estrutura de financiamento público.

Sendo assim, não há outro caminho senão o de colocar a equidade como diretriz para

as políticas sociais. Como já nos dizia Bobbio (1992:24), “trata-se de um problema não filosófico, mas político”.

A cultura do direito na política de assistência social ainda está por ser criada. Anos de lutas coletivas, processos dialéticos e contraditórios, avanços e recuos desde a aprovação da Constituição de 1988, e depois, pela regulamentação da LOAS, demarcam uma posição de resistência frente às tentativas de desconstrução dos direitos, acirrando ainda mais o debate em torno do desafio de se construir direitos e, ainda, para uma população altamente estigmatizada.

O direito à renda, um dos 10 direitos socioassistenciais, que é também um direito constitucional, e o acesso aos serviços ofertados pelo SUAS e demais políticas sociais – educação, saúde, trabalho, esporte, cultura, moradia, lazer, segurança – potencializam maior autonomia e melhores condições de vida para os idosos e para as pessoas com deficiência. Uma sociedade justa e igualitária exige um padrão de seguridade social que inclua todos os direitos sociais, em uma perspectiva até mais ampla do que aquela prevista na CF/88, ou seja, uma seguridade social fundada na cidadania. É este o horizonte a ser perseguido quando se tem como fundamento a dignidade da pessoa humana.

ANEXO I

IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Síntese curricular dos profissionais entrevistados

1) **Assistente social 1 da Cooperativa:** Assistente social formada pela Faculdade de Serviço Social da PUC – Campinas em 1979. Trabalha há 29 anos e há seis anos atua na Cooperativa de Profissionais de Serviço Social – Cooperação, que foi co-responsável pela execução das seis etapas do processo de revisão do BPC em Campinas. Acumula experiência profissional na área empresarial, foi voluntária na APAE da cidade de Valinhos (SP) e trabalhou em um abrigo de idosos também na mesma cidade. Entrevista realizada em maio de 2008 na sede da Cooperativa.

2) **Assistente social 2 da Cooperativa:** Assistente social formada pela Faculdade de Serviço Social da PUC – Campinas em 1975. Aposentada pelo INSS, há seis anos atua na Cooperativa de Profissionais de Serviço Social – Cooperação, que foi co-responsável pela execução das seis etapas do processo de revisão do BPC em Campinas. Atua em serviço de saúde da área de saúde mental. Entrevista realizada em maio de 2008 na sede da Cooperativa.

3) **Assistente social 1 do CRAS:** Assistente social formada pela Faculdade de Serviço Social da PUC – Campinas em 1990. Trabalha há 10 anos na Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social e atua no CRAS – Vida Nova, que pertence a uma das regiões mais periféricas do município, desde sua criação em 2006. Idosos beneficiários do BPC participam de atividades desenvolvidas por esse CRAS. Entrevista realizada em julho de 2008 na sede do CRAS.

4) **Assistente social 2 do CRAS:** Assistente social formada pela Faculdade de Serviço Social da PUC – Campinas em 1984. Trabalha há cinco anos na Prefeitura Municipal de Campinas – Secretaria Municipal de Cidadania, Trabalho, Assistência e Inclusão Social e atua no CRAS – Flamboyant, que pertence a uma região das mais centrais da cidade, desde sua criação em 2006. Sua experiência profissional anterior se deu em ONG e na área de saúde. Entrevista realizada em julho de 2008 na sede do CRAS – Flamboyant

Breve perfil dos conselheiros entrevistados

5) **Conselheira do CMI:** Tem 80 anos, é conselheira e atual presidente do Conselho Municipal do Idoso (CMI). Coursou até o primeiro ano do ensino médio. Durante 18 anos participou de um grupo de idosos que, iniciado por uma assistente social, desenvolvia atividades socioeducativas, ginástica e outras. Mais tarde, ampliou as atividades para crianças e adolescentes moradores em uma favela próxima à sede do grupo, oferecendo capoeira, dança e recreação. Entrevista realizada na sede do Conselho em julho de 2008.

6) **Conselheira do CMPD:** Tem 48 anos, é conselheira do Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Com Deficiência (CMPD) há quatro anos. Tem intensa atuação na Comissão de Transporte e Acessibilidade do referido conselho. Formada em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas – Unicamp é aposentada por invalidez. Ficou paraplégica aos 17 anos após sofrer acidente automobilístico. Faz parte da equipe de coordenação da Fraternidade Cristã de Deficientes (FCD), onde atua em defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Participa do conselho local de saúde do Centro de Reabilitação Física onde é atendida. Uma das atividades que integra nesse Centro é um grupo de dança sobre rodas. Entrevista realizada

em seu domicílio, em julho de 2008.

Sobre os usuários entrevistados – alguns dados e registros de relação profissional

7) **Beneficiário idoso:** Tem 72 anos, é beneficiário do BPC há seis anos. Nunca frequentou escola. *“Leio, escrevo, e faço as quatro contas necessárias, aprendi com um patrão meu. Me criei numa pobreza só. Só não era miséria porque a gente tinha o que comer: arroz moído na mão, milho socado no pilão”*. Nasceu no estado do Paraná, morou no estado do Mato Grosso antes de mudar para Campinas. É casado, tem nove filhos. Trabalhador rural grande parte de sua vida, em Campinas trabalhou como servente de pedreiro, mas o tempo de registro não foi suficiente para garantir-lhe aposentadoria. Frequentava atividades grupais no CRAS Vida Nova. Entrevista realizada na sede do CRAS em julho de 2008.

8) **Mãe da beneficiária com múltipla deficiência:** Tem 50 anos e quatro filhos, casada. Trabalhou até o nascimento de seus filhos. Sua filha de 24 anos tem múltipla deficiência: física e mental e recebe o BPC, por medida judicial, há cinco anos. Esta filha não conseguiu se alfabetizar, embora tenha frequentado por mais de 10 anos uma escola especial, onde a conheci. Dez anos se passaram da minha saída da ONG que ela frequentava. Sempre foi magrinha (*“Magrinha assim, mas é boa de garfo”*, contou-me seu pai) e com voz suave. Sentada numa cadeira confortável, com os pés esticados e órteses nas pernas, acalentava uma boneca. Ficou feliz em me ver e notou que o meu cabelo estava diferente. *“Mudou o cabelo?”* perguntou-me. Naquela época eu usava cabelo curto e impressionou-me que ela se lembrasse disso. Estava bem cuidada e falante como sempre. Faz fisioterapia uma vez por semana em um ambulatório de uma universidade particular. Está aguardando vaga na APAE, que agora é referência na área de deficiência mental recebendo, para tanto, recursos do SUS. A entrevista foi realizada no domicílio. A família não reside em área de abrangência dos dois CRASs existentes na região, podendo ser atendida pelo Distrito de Assistência Social, que não desenvolve as mesmas atividades.

9) **Mãe do beneficiário com múltipla deficiência:** Tem 22 anos e dois filhos: um de sete anos, e um de nove meses. Está separada do marido, pai das crianças. Não trabalha fora de casa. O filho mais velho, com diagnóstico de Síndrome de West, tem múltipla deficiência: física e mental; recebe o BPC há cinco anos e é totalmente dependente dos cuidados de sua mãe. O diagnóstico foi revelado aos dois meses e meio de idade, quando teve a primeira convulsão febril. Necessita de acompanhamento das seguintes especialidades: neurologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição (usa sonda de gastrostomia). Faz uso de cadeira de rodas. *“A minha vida é só correria”*, revelou-me a entrevistada, que tinha 15 anos quando o menino nasceu. *“Meu marido começou a ficar constrangido com a deficiência do meu filho. Ele não agüentou, ele não tem a habilidade que eu tenho. Quando ele pode dá alguma coisa, quando não pode não dá. Faz dois meses que ele não dá nada”*. É beneficiária do programa Bolsa Família e conta com o apoio de seus pais. Entrevista realizada em agosto de 2008 no Centro de Reabilitação que o menino frequenta há cinco anos.

10) **Beneficiário com deficiência:** Tem 35 anos, deficiência física seqüela de poliomielite. Nascido no estado do Paraná, está em Campinas e recebe o BPC há 12 anos. *“Fui um dos primeiros a receber o benefício”*. Fez 11 cirurgias nas pernas, na cidade de Bauru (SP): *“Foi a assistente social de lá que orientou [sobre o benefício], minha família foi direto para o INSS. Chamo de benefício do governo”*. Suas pernas são extremamente atrofiadas, mas não faz uso de cadeira de rodas – *“nunca me acostumei”* – locomove-se com o auxílio de um skate e não pensa em usar próteses. *“Para usar prótese tenho que fazer muitas cirurgias e não estou disposto a passar por isso de novo. Tem transporte acessível no bairro, mas eu não uso porque não preciso, estou bem com o skate. Eu penso assim: ‘moro perto do ponto, então não*

tenho dificuldade. A passarela é com rampa, tá tranquilo”. Não completou o ensino fundamental. Sua casa foi construída em área de invasão que está sendo regularizada – *“só não tem asfalto ainda”*. É casado e tem dois filhos, um de 14 e outros de seis anos. Aos sábados vende balas em um semáforo de uma movimentada esquina onde realizei a entrevista. *“No meu caso mesmo, eu não posso trabalhar porque meus braços estão detonados, por que eles são minhas pernas. Eu ajudo muito em casa, então prefiro apoiar minha esposa no tempo que tenho”*. Não completou o ensino fundamental. Perguntado sobre a lei de cotas, fala que a vontade dele *“é fazer um curso de eletrônica, porque é o que eu gosto. Mas primeiro tem que melhorar os estudos”*. Entrevista realizada em setembro de 2008.

Alguns dados sobre os procuradores entrevistados

11) **Procurador 1 do INSS**: Bacharel em Direito pela Universidade de São Paulo, procurador federal lotado no INSS/Campinas. Entrevista realizada na agência central do INSS em setembro de 2008.

12) **Procurador 2 do INSS**: Bacharel em Direito pela PUC – Campinas procurador federal lotado no INSS/Campinas. Entrevista realizada na agência central do INSS em setembro de 2008.

ANEXO II

10 Direitos Socioassistenciais

1. Todos os direitos de proteção social de assistência social consagrados em Lei para todos: Direito, de todos e todas, de usufruírem dos direitos assegurados pelo ordenamento jurídico brasileiro à proteção social não contributiva de assistência social efetiva com dignidade e respeito.

2. Direito de equidade rural-urbana na proteção social não contributiva: Direito, do cidadão e cidadã, de acesso às proteções básica e especial da política de assistência social, operadas de modo articulado para garantir completude de atenção, nos meios rural e urbano.

3. Direito de equidade social e de manifestação pública: Direito, do cidadão e da cidadã, de manifestar-se, exercer protagonismo e controle social na política de assistência social, sem sofrer discriminações, restrições ou atitudes vexatórias derivadas do nível pessoal de instrução formal, etnia, raça, cultura, credo, idade, gênero, limitações pessoais.

4. Direito à igualdade do cidadão e cidadã de acesso à rede socioassistencial: Direito à igualdade e completude de acesso nas atenções da rede socioassistencial, direta e conveniada, sem discriminação ou tutela, com oportunidades para a construção da autonomia pessoal dentro das possibilidades e limites de cada um.

5. Direito do usuário à acessibilidade, qualidade e continuidade: Direito, do usuário e usuária da rede socioassistencial, à escuta, ao acolhimento e de ser protagonista na construção de respostas dignas, claras e elucidativas, ofertadas por serviços de ação continuada, localizados próximos à sua moradia, operados por profissionais qualificados, capacitados e permanentes, em espaços com infra-estrutura adequada e acessibilidade, que garantam atendimento privativo, inclusive, para os usuários com deficiência e idosos.

6. Direito em ter garantida a convivência familiar, comunitária e social: Direito, do usuário e usuária, em todas as etapas do ciclo da vida, a ter valorizada a possibilidade de se manter sob convívio familiar, quer seja na família biológica ou construída, e à precedência do convívio social e comunitário às soluções institucionalizadas.

7. Direito à Proteção Social por meio da intersetorialidade das políticas públicas: Direito, do cidadão e cidadã, à melhor qualidade de vida garantida pela articulação, intersetorial da política de assistência social com outras políticas públicas, para que alcancem moradia digna trabalho, cuidados de saúde, acesso à educação, à cultura, ao esporte e lazer, à segurança alimentar, à segurança pública, à preservação do meio ambiente, à infraestrutura urbana e rural, ao crédito bancário, à documentação civil e ao desenvolvimento sustentável.

8. Direito à renda: Direito, do cidadão e cidadã e do povo indígena, à renda individual e familiar, assegurada através de programas e projetos intersetoriais de inclusão produtiva, associativismo e cooperativismo, que assegurem a inserção ou reinserção no mercado de trabalho, nos meios urbano e rural.

9. Direito ao co-financiamento da proteção social não contributiva: Direito, do usuário e usuária da rede socioassistencial a ter garantido o co-financiamento estatal – federal, estadual, municipal e no Distrito Federal – para operação integral, profissional, contínua e sistêmica da

rede socioassistencial nos meios urbano e rural.

10. Direito ao controle social e defesa dos direitos socioassistenciais: Direito, do cidadão e cidadã, a ser informado de forma pública, individual e coletiva sobre as ofertas da rede socioassistencial, seu modo de gestão e financiamento; e sobre os direitos socioassistenciais, os modos e instâncias para defendê-los e exercer o controle social, respeitados os aspectos da individualidade humana, como a intimidade e a privacidade.

ANEXO III

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM OS BENEFICIÁRIOS DO BPC

Pessoas com deficiência e idosos

- 1- Nome:
- 2- Idade:
- 3- Sexo:
- 4- Profissão
- 5- Grau de Escolaridade:
- 6- Origem:
- 7- Situação sócio-econômica (há outras rendas?)
- 8- Trabalha ou já trabalhou?
- 9- Composição Familiar:
- 10- Moradia:
- 11- Condições da moradia
- 12- Tipo de Deficiência: (somente para as pessoas com deficiência)
- 13- Condições de saúde: (somente para as pessoas idosas)
- 14- Faz reabilitação?
- 15- Faz parte de outros serviços? Quais?
- 16- Conhece o CRAS?
- 17- Desde quando recebe o BPC?
- 18- Como teve acesso?
- 19- Você sabe desde quando o BPC existe?
- 20- O que é o BPC?
- 21- E a sua família o que acha?
- 22- Como era sua vida antes do BPC? E depois?
- 23- O BPC é utilizado para...
- 24- Você conhece o Programa Bolsa Família? Você acha que tem alguma diferença entre o PBF e o BPC?
- 25- Seu benefício já foi revisto por assistentes sociais? Como se deu essa relação?
- 26- Você pensa na possibilidade de o benefício ser cancelado?
- 27- Você participa de alguma comissão, grupo, conselho, fórum? Como costuma encaminhar suas necessidades/reivindicações?

ANEXO IV**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM CONSELHEIROS MUNICIPAIS****IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Profissão:
5. Grau de Escolaridade:
6. Origem:
7. Desde quando é conselheiro?
8. Conhece o BPC? Conhece quais são os critérios para a concessão? O que acha deles?
9. Você sabe desde quando o BPC existe?
10. O BPC costuma integrar a pauta das reuniões do conselho?
11. O BPC é alvo de alguma ação do conselho?
12. Como funciona o BPC no seu município?
13. O que é o BPC?
14. De que política é o BPC ? Quem paga o BPC?
15. O conselho tem conhecimento de quantas pessoas no município recebem o BPC?
16. O conselho recebe ou já recebeu denúncias sobre apropriações indevidas do benefício, seja por familiares ou por instituições de longa permanência?
17. O conselho planeja elaborar ou já elaborou alguma cartilha para divulgação de direitos?
18. Conhece o Plano Municipal da Assistência Social? Participa da sua elaboração?
19. Qual é a composição do Conselho?
20. Como é a representação em relação à sociedade civil? Participa de outras instâncias de discussão? Onde costuma discutir as questões relacionadas ao idoso/PCD?

ANEXO V**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM ASSISTENTES SOCIAIS**

1. Nome:
2. Tempo de formação em Serviço Social:
3. Local de Trabalho:
4. Tempo de trabalho:
5. Qual função desempenha:
6. Quando se deu sua aproximação com o BPC?
7. Antes do processo de revisão do BPC, o que você conhecia sobre o benefício?
8. Qual a visão inicial sobre o BPC?
9. Houve mudança desta visão após sua participação no processo de revisão do benefício? (só para a.s. da cooperativa)
10. Quais as maiores dificuldades que você aponta em relação ao acesso ao benefício?
11. Quais os aspectos positivos?
12. Você acha que o BPC faz parte do cotidiano do trabalho do assistente social?
13. Qual o significado do BPC?
14. Você acha que as necessidades do usuário são atendidas com o benefício?
15. Você acha que o BPC promove acesso aos serviços socioassistenciais? E a outras políticas?
16. Você acha que o SUAS pode contribuir para elevar o potencial o benefício?
17. Existem diferenças entre o BPC e o PBF?
18. Você considera que os gestores municipais da assistência social entendem o BPC como direito ou como ajuda?
19. Você vê aspectos positivos ou negativos em relação ao INSS fazer parte da operacionalização do BPC?
20. Seguridade Social. Fale um pouco a respeito.

BIBLIOGRAFIA

BARBIER, R. **Pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (Título original: *La recherche-action dans l'institution éducative*).

BARROCO, M. L. S. **Ética e Serviço social: fundamentos ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2001.

BOBBIO, N. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORN, T. **Seminário velhice fragilizada**, novembro de 2006. Disponível em < www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/366.rtf>. Acesso em 03 set 2008.

BORTOLETTO, A. L. et.al. LOAS: Benefício de Prestação Continuada – Limites e Avanços. **Cadernos de Serviço Social**. Ano IX. Nº.16. Campinas. 2000.

BOSCHETTI, I. **Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2º edição. Brasília: Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Seguridade Social – GESST; Departamento de Serviço Social – SER; Universidade de Brasília – UnB. 2003.

_____. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Letras Livres. Brasília: Editora UnB, 2006.

_____. Do dever moral de ajuda ao dever legal de assistência. In: **Caderno de Textos de Serviço Social** nº 05. Belém: Ed. Unama, 1998.

BUDIB, A.C. **Benefícios de Assistência Social**. Dissertação de Mestrado em Relações do Direito Social PUC-SP. 2003.

CAIADO, K **Conselho Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência e com Necessidades Especiais: sociedade civil organizada**. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas. 2004.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; WANDERLEY, M. B. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDUC, 2004. 2ª edição revista e ampliada.

COUTINHO, C. N. **O Estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

COUTO, B. R. **O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

DAGNINO, E. **Anos 90**. Política e Sociedade no Brasil. São Paulo: Ed. Brasiliense 1994.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *Welfare State*. **Revista Lua Nova**, São Paulo: Centro de Estudos Contemporâneos. (Cedec), nº. 24, 1991.

_____. **Welfare State in transition**. London: Sage Publications, 1996.

_____. **Why we need a New Welfare State**. London: Oxford University Press, 2002.

FALEIROS, V. P. Serviço Social: Questões presentes para o futuro. In: **Serviço Social e Sociedade** nº50. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. A questão da assistência social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade** nº. 30. São Paulo: Cortez, 1998.

FÁVERO, E. A. G. Avanços que ainda se fazem necessários em relação ao Benefício Assistencial de Prestação Continuada. In: SPOSATI, A. (org.) **Proteção social de cidadania**. Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.

FERRERA, M. The southern Model of *Welfare* in social Europe. **Journal of European Social Policy**. 1996 6 (1) 17-37.

FILGUEIRA, F.; MOLINA, C.G.; PAPADÓPULOS, J.; TOBAR, F. **Universalismo Básico**: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida. In: MOLINA, C. G. (Ed) **Universalismo básico**. Una nueva política social para América Latina. Editorial Planeta. Washington D.C. 2006:19-55

FLEURY, S. M. T. Assistência na Previdência Social. Uma política marginal. In: SPOSATI, A.; FALCÃO, M. C. e FLEURY, S. M. T. **Os Direitos [dos Desassistidos] Sociais**. 5º edição. São Paulo: Cortez. 2006.

GARCIA, V. G. O Movimento de luta pela cidadania das pessoas com deficiência de Campinas de 1998 a 2004: a experiência do CVI/Campinas e do Conselho Municipal. **Revista de Educação** (Campinas), v. 1, n. 16, p. 109-116, 2004.

GÓIS, J.B. H; LOBATO, L.V. C; SENNA, M.C. M; MORAES, J.R. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada: características sociais, proteção social e seus efeitos. **Revista Serviço Social & Sociedade** nº. 96. São Paulo: Cortez. 2008.

GOMES, A. L. **O Benefício de Prestação Continuada**: um direito da Assistência Social-uma imperfeita tradução? Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2001.

_____. **O Benefício de Prestação Continuada**: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades e avanços? In: SPOSATI, A. (org.). **Proteção social e cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Os Benefícios de Assistência Social no âmbito da Política Nacional de Assistência Social e impacto na redução da pobreza e das desigualdades sociais. Texto de Abertura. **Encontros Regionais do BPC**. 2005.

GOUGH, I. **The political economy of the Welfare State**. London: Macmillan, 1979.

_____. **Social Assistance in southern Europe**. South European Society & Politics, Vol.1, nº1, pp.1-23 PUBLISHED BY FRANK CASS, Londres, 1996.

HARVEY, D. **Condição pós- moderna**. São Paulo: Loiola, 1992.

GOUGH, I. et al. Social Assistance in OECD countries. **Journal of European Social Policy**.

London: SAGE Publicacions, Vol. 7, pp. 17-41, 1996.

IAMAMOTO, M. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1992.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **O Serviço Social no tempo do capital fetiche**. Tese apresentada para concurso de Professor Titular (UERJ), volumes I e II, 2005.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.

JACCOUD, L. Garantia de renda na perspectiva dos direitos socioassistenciais. In: Caderno de Textos. **VI Conferência Nacional de Assistência Social**. Brasília. 2007.

_____. Proteção social no Brasil: Debates e desafios. In. **Curso de Formação de Multiplicadores** – 1ª Etapa. Textos de Referência. Brasília. 2007.

KARSCH, U. M. **Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e perfil do cuidador principal**. Editora: PUC-SP. 1998.

LAURELL, A. C. (org). **Estado e políticas no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez. 2º Edição. 1997.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUNA, S. V. de. O falso conflito entre tendências metodológicas. **Cadernos de Pesquisa**, Cidade: Editora, 1988, 6, 70-74

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

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social In: _____. (org.) **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.

_____. **Serviço Social**: identidade e alienação. 6ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. Uma abordagem socioeducacional. In: MARTINELLI, M. L. **O Uno e o Múltiplo nas relações entre as áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 2001.

MEDEIROS M.; DINIZ D.; SQUINCA, F. **Uma análise do BPC**. Transferência de renda para a população com deficiência no Brasil. Relatório de Estudo contendo uma síntese das principais conclusões. Brasília, março de 2006.

MESTRINER, M.L. **Assistência e Seguridade Social**: Oposições e Aproximações. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. PUC-SP São Paulo. 1992.

_____. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo. Cortez, 2001.

MÉSZAROS, I. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda, In:

- ANTUNES, R. (org) **Riqueza e miséria no trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.
- MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- MÍNIMA SOCIAUX – entre protection et insertion. Parte do relatório do Conseil Supérieur de l’emploi, des revenus et des coûts – CSRC – 02 de outubro de 1997.
- MOTA, E. **Cultura de crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____.(org) **O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2008. 2 ed. revista e ampliada.
- MUNIZ, E. **Os serviços de proteção social, um estudo comparado entre Brasil e Portugal**. São Paulo: Cortez 2005.
- NERI, M. **Retratos da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003.
- NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1990.
- _____. Transformações societárias e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. N.º 50. São Paulo: Cortez, 1996.
- OLIVEIRA, F. **O elo perdido**. Classe e identidade de classe. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- OLIVEIRA, M.N. **Dilemas na consolidação democrática da política de assistência social**. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. PUC-SP São Paulo. 1992.
- OLIVEIRA, I. M. **Assistência Social pós- LOAS em Natal: a trajetória de uma política social entre o direito e a cultura do atraso**. Tese de Doutorado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social. PUC-SP São Paulo. 2005.
- PARANHOS, A. **O Roubo da fala: origens do trabalhismo no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- PASTORINI, A. **A Categoria “Questão Social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.
- PEREIRA, P.A.P. **A assistência social na perspectiva dos direitos – crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília: Thesaurus, 1996.
- _____. A política social no contexto da seguridade social: as particularidades da assistência social. **Revista Serviço Social** n.27. São Paulo: Cortez, 1988.
- _____. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.
- PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. São Paulo: Max Limonad. 5º edição. 2002.
- RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de Assistência Social**. São Paulo: Cortez Editora, 1998.

_____. **Conselhos gestores de políticas públicas.** São Paulo: Polis, 2000.

RELATÓRIO DE PESQUISA. **Regiões Metropolitanas e Pólos Econômicos do Estado de São Paulo:** desigualdade e indicadores para as políticas sociais – 2007. UNICAMP/ Instituto de Economia/NEPP/NEPO.

SALVAT, P. ¿Qué futuro tiene la política social entre nosotros? Reelaborando su ideário normativo desde un giro ético. In: **Socialis**, vol. 6. Rosario, Argentina: Ed. HomoSapiens, 2002, pág. 89.

SANTOS, M. F. Benefício de Prestação Continuada e proteção social no Brasil – limites e perspectivas. In: SPOSATI, A. (org.) **Proteção social de cidadania.** Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Ed, Campus Ltda., 1979.

SASSAKI, R. K. **Inclusão:** Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 2002. 4ª edição.

SILVA, P. A. O Modelo de *Welfare* da Europa do Sul. Reflexões sobre a utilidade do conceito. **Sociologia** (on line). Maio 2002. Nº. 38. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctos.pt/>>. Acesso em 01 jun.08.

SILVA, M. O. S.; YAZBEK, 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.O. & FALCÃO, M.C. LBA: **Identidade e efetividade das ações no enfrentamento da pobreza brasileira.** São Paulo. EDUC. 1990.

_____. **A assistência social brasileira: descentralização e municipalização.** São Paulo. EDUC. 1990.

SPOSATI, A. **A menina LOAS.** Um processo de construção da Assistência Social. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. Regulação social tardia: Características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. In: **Socialis**, vol. 6, Rosario, Argentina: Ed. HomoSapiens, 2002: 51-68.

_____. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Curso de Formação de Multiplicadores – 1ª Etapa.** Textos de Referência. Brasília. 2007.

_____. Proteção e desproteção social na perspectiva dos direitos socioassistenciais. In: Caderno de Textos. **VI Conferência Nacional de Assistência Social.** Brasília, 2007.

SPOSATI, A. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras:** uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 2003. 8ª edição.

_____. **Os direitos (dos desassistidos sociais) sociais.** São Paulo: Cortez, 2006. 5ª edição.

SPOSATI, A. (org). Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In:_____. (Org.). **Proteção social de cidadania.** Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil,

França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.

TELLES, V. Questão Social: afinal do que se trata? In: **São Paulo em Perspectiva**. Vol. 10 (4) SEADE, 1996.

_____. **Direitos Sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Ed. UFMG. 2006. 2ª reimpressão.

VIANA, A. L. A.; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ N. (org). **Proteção Social**. Dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2004.

YAZBEK, M. C. **Classes subalternas e Assistência Social**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 4, Brasília, CEAD, 2000.

_____. O Serviço Social como especialização do trabalho coletivo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 2. Brasília, CEAD, 1999.

_____. Política Social – Assistência Social e Filantropia. In: **Novos Paradigmas da Política Social**. Brasília: UNB, Programa de Pós Graduação em Política Social, 2002.

_____. O Serviço Social e o movimento histórico da sociedade brasileira. In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social**. CRESS-SP, 2006. 2ª edição.

Publicações e documentos oficiais

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, 06 de dezembro de 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 41ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.. **O papel do Programa Bolsa Família no combate à desigualdade e à pobreza no Brasil**. Brasília, 2005

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica**: NOB/SUAS: construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília. MDS, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Contribuições à I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Senado Federal, 2005. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/>>. Acesso em 19 abr 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Lei Orgânica da Assistência Social** (1993).; revisão do texto, Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). [et al.] 6 ed. Brasília: MDS,

2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada da assistência social:** um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. MDS. MPS. Brasília. 2007. 192p.

_____. . Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Decreto n. 6.214**, de 26 de setembro de 2007. Brasília: 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria Normativa Interministerial nº. 18** de 24 de abril de 2007. D.O.U. 26/04/2007

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Ofício nº.5/2008/DBA/SNAS**.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº. 7.853** - de 24 de OUTUBRO de 1989 - DOU de 25/10/89 – Alterada pela Medida Provisória nº. 437 de 29 de julho de 2008. D.O.U. de 30/07/2008.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº. 3298** de 20 de dezembro de 1999. D.O.U. 21/12/1999.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Estatuto do Idoso**. Lei nº.10.741 de 1º de outubro de 2003. D.O.U. de 3 de outubro de 2003. Alterado pela [Lei nº 11.765 - de 5 de agosto de 2008 – DOU de 6/8/2008](#) e pela Lei [nº 11.737, de 14 julho de 2008](#).

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº. 5296** de 2 de dezembro de 2004, que regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000 . D.O.U. de 03/12/2004.

_____. Ministério da Previdência Social. **Lei federal nº. 8212**, de 24 de julho de 1991. D.O.U de 25 de julho de 1991.

_____. Ministério da Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social** – vol. 11 nº.12. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Coleção Previdência Social; v.28. Brasília, 2008.

_____. **Decreto n.1744**, de 08 de dezembro de 1995.. PRODASEN. Brasília: 1995. D.O.U. de 11 de dezembro de 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Lei federal nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. D.O.U. de 20 de setembro de 1990.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. I Simpósio Nacional sobre Assistência Social. **Anais..** Centro de Documentação e Informação. Série: Ação Parlamentar nº. 38. Brasília, 1989.

CONSELHO MUNICIPAL DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E COM NECESSIDADES ESPECIAIS (CMADENE) **Indicativos da IV Conferência Municipal**. Eixo: Saúde e Assistência Social. Campinas, 2004.

_____. **Indicativos da V Conferência Municipal**. Eixo: Saúde e Assistência Social.

Campinas, 2006.

JUIZADO ESPECIAL FEDERAL – 3ª Região. **Ofício nº. 104/2008** – JEF – PRES. Campinas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo de 2000**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 23 abr. 2008.

_____. **Censo Demográfico 1970/2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. Síntese de Indicadores Sociais realizada pelo IBGE com base na PNAD de 2006. IBGE, 2007.

_____. Pesquisa de Informações Básicas Municipais **Perfil dos municípios brasileiros: assistência social 2005**. Rio de Janeiro. 2006.

_____. **Estimativas das Populações Residentes, em 1º de julho, segundo os municípios**. <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 24 set 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD): 2006, 2007**. IBGE, 2006, 2007.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Análise das políticas sociais no período de 1995 a 2005**. IPEA, 2007.

_____. **Políticas sociais** – acompanhamento e análise. Brasília, DF, n.13, 2006. Edição especial.

_____. PNAD/2007: **Primeiras Análises**. Número 10. Volume 2. Brasília. 2008.

_____. SOARES, F. V. et al. **Programa de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade**. Brasília. TDIPEA, 1228, out.2006.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. <<http://www2.camara.gov.br>>. Acesso em 13 ago 2008.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Mapa da Exclusão Inclusão Social**. Instituto Pólis. CEDEST. INPE. PUC-SP. 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde: CIF**. São Paulo: Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/cbcd>>. Acesso em: 05 mai 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs>>. Acesso em 26 set 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na 3ª Idade**. Maio de 2007. Disponível em <<http://www2.fpa.org.br>>. Acesso em 1º jun 2008.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. <<http://www.inesc.org.br>>. Acesso em 26 set 2008.

JUSTIÇA FEDERAL DA 4ª REGIÃO. <<http://www.trf4.jus.br>>. Acesso em 28 jul 2008.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME.
<<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 26 set 2008.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. <<http://www.previdencia.gov.br>>. Acesso em 21 jun 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. <<http://www.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em 1º jun 2008.

_____. Secretaria de Planejamento, Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente.
<<http://www.campinas.sp.gov.br/seplama>>. Acesso em 1º jun 2008.