

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

LARISSA VELOSO NUNES

**POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA DE
PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE
RENDA: UNIVERSALIDADE E SELETIVIDADE?**

TERESINA-PI

2015

LARISSA VELOSO NUNES

**POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA DE
PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE
RENDA: UNIVERSALIDADE E SELETIVIDADE?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Solange Maria Teixeira

TERESINA-PI

2015

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

N972p

Nunes, Larissa Veloso.

Política de assistência social no contexto do sistema de proteção social brasileiro e os programas de transferência de renda: universalidade ou seletividade? Larissa Veloso Nunes. - 2014.

233f.

Dissertação (Pós-Graduação em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2015.

“Orientação: Profa. Dra. Solange Maria Teixeira”.

1. Bolsa Família. 2. Assistência Social. 3. Estado de Bem-Estar Social. I. Título.

CDD 361.981

LARISSA VELOSO NUNES

**POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA DE
PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO E OS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE
RENDAS: UNIVERSALIDADE E SELETIVIDADE?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí
para efeito de Defesa, orientada pela Professora Doutora
Solange Maria Teixeira.

Teresina, ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Solange Maria Teixeira
(orientadora)

Prof^a. Dr^a. Valéria Almada de Lima
(Membro)

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Macedo Ferreira
(Membro)

Dedico a Deus, em primeiro lugar, este trabalho, por ter me permitido ingressar e cursar o mestrado, em meio a tantas dificuldades e, em segundo lugar, a minha avó (*in memoriam*) que faleceu na véspera da prova do mestrado, mas que me deu muita sorte, assim como a homenagem por seu infinito amor por mim e pelo orgulho que sempre demonstrou por eu ter trilhado o caminho dos estudos. A ela, eu o dedico.

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a meus pais, Raimunda e Pedro (*in memoriam*), pelos ensinamentos, compreensão, amor, e por fazerem de mim a mulher que sou hoje.

A minha avó, pelo exemplo de mulher guerreira, forte e determinada.

A minha irmã, pelo incentivo, força, apoio e por acreditar sempre no meu potencial para conquistar cada vez mais os meus objetivos.

A todos os meus familiares e amigos que sempre me apoiaram e me deram todas as forças para que eu continuasse, mesmo em meio a inúmeras dificuldades.

A minha professora orientadora, Solange Maria Teixeira, por seus ensinamentos e apoio desde o momento que decidi pleitear vaga no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, por apoiar, deste o primeiro momento, meu projeto de pesquisa, por dar todos os subsídios necessários para que ele se tornasse, hoje, uma realidade, com suas brilhantes orientações e por todas as fontes às quais me deu acesso, que foram imprescindíveis para que este trabalho tomasse corpo e forma. Sem a sua ajuda nada disso teria sido possível. Portanto, o meu muito obrigada!

A todos os meus amigos da turma do mestrado, Alexandra Cronemberger, Daliane Fontenele, Ermínia Medeiros, Marcio Soares, Nadja Miranda, Clécio Moreira, Ellayne Karoline, Mayara Alves, Maria Guadalupe, Sandro Roberto, Renildo Barbosa, Sofia Laurentino, pelos momentos divididos juntos, pela troca de experiências, de dúvidas e até de angústias em toda esta trajetória árdua. E em especial, você, Maria Iamara, por termos nos apoiado mutuamente desde o processo seletivo em torno deste grande objetivo e juntas termos aprendido muito e fortalecido nossa amizade durante esta caminhada.

A todos os meus professores do Mestrado, Maria Dione, Dalva Macedo, Guiomar Passos, Antônia Jesuíta, Solange Maria, que contribuíram direta ou indiretamente para a elaboração deste, seja através de materiais, que possibilitaram embasamento teórico e amadurecimento intelectual, seja com seus exemplos de grandes mestras e pesquisadoras. Vocês foram referências para mim!

Aos professores Roberto John, Dalva Macedo e Jesuíta, pelas contribuições dadas nas duas bancas de qualificações.

E vocês, Valéria Almada e Dalva Macedo, por aceitarem compor minha banca de defesa.

A todos vocês o meu muito obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo a Assistência Social e os programas de transferência de renda do Brasil, com o objetivo de configurar e analisar as mudanças normativas sofridas pelo BPC e o Bolsa Família no novo milênio, e suas repercussões na caracterização do sistema de proteção social brasileiro. A metodologia utilizada foi a quanto-qualitativa, com duas frentes de pesquisa: a bibliográfica, em livros, artigos, dissertações, dentre outros; e a documental, nas legislações, sites de Ministérios e em documentos oficiais do INSS. Os resultados encontrados foram: o BPC para deficientes e idosos sofreu avanços e retrocessos, tendo sofrido mudanças em requisitos de acesso, etapas de concessão, conceitos de família e idade, as quais mostram correlação com o aumento do número de concessões e, consequentemente, de gastos federais; o Bolsa Família registrou expansão, seja em seus tipos de benefícios, quantidade e idade de crianças/adolescentes que podem ser beneficiados e aumento do número de famílias beneficiárias; da mesma forma, trouxe como inovação o surgimento do Plano Brasil Sem Miséria, que contribuiu para a erradicação da pobreza; o surgimento do BPC Escola e do BPC Trabalho é exemplo de expansão do benefício e da atenção ao beneficiário no contexto dos serviços da Assistência Social. Em relação aos gastos entre as políticas, o orçamento da Seguridade Social e o orçado para cada política, nos últimos anos, apontam para um processo de assistencialização da proteção social no Brasil, prova disso é o orçamento da Assistência Social, que cresceu consideravelmente em detrimento das outras políticas de Seguridade Social e o crescimento dos programas de transferência de renda. Pode-se concluir que as mudanças operadas no novo milênio, no BPC e no Bolsa Família, seguiram as tendências focalizatórias da política, apesar do aumento considerável de benefícios ao longo destes anos, ainda não se atingiu a universalização nem no grupo focalizado, e apesar das condicionalidades serem indicadas como necessárias para o acesso a outras políticas, não há um investimento nas políticas universalizadas e cresce a residualidade e a seletividade nos benefícios. Nestes termos, o sistema de proteção social brasileiro encontra dificuldades para a universalidade, mantendo características mistas, com características dos três regimes de Esping-Andersen: universalidade na saúde, mérito na previdência social e na assistência social benefícios e serviços não contributivos, mas focalizada nos que dela necessitam e a seletividade nos benefícios e programas de transferência de renda. Não há uma relação de complementaridade entre universalidade e focalização, mas assimetrias e manutenção da seletividade.

Palavras-chave: BPC. Bolsa Família. Assistência Social. Estado de Bem-Estar Social.

ABSTRACT

This work has as object of study the Social Assistance and income transfer programs in Brazil, aiming to set and analyze normative changes occurred at BPC and Bolsa Família in this new millennium and their repercussions in Brazilian social protection system. The methodology used was quantitative and qualitative, with two survey fronts: bibliographical on books, articles and essays, among others; and documental on laws, Ministry websites and INSS official documents. The results were: BPC for disabled and elderly suffered advances and regressions; has suffered changes in access requirements, concession steps, family and age conception, which show correlation with grant increasing number and consequently federal expenses; Bolsa Família registered expansion whether on beneficial kinds, age and amount of kids/adolescents who may be beneficiary and raising on covered family numbers; the same way brought up as innovation the outbreak of Plano Brasil sem Miséria which contributes to poverty eradication; the appearance of BPC School and BPC work are examples of benefit expansion and attention to beneficiary on Social Assistance services context. Related to expenses among policies, Social Security budget and the one calculate to each policy, in recent years, point out to assistance process on social protection in Brazil, an example of this is the social Assistance budget which increased considerably rather than other social security policies and income transfer programs growth. We can conclude that changes done in new millennium on BPC and Bolsa Família followed politics focused tendencies, in spite of considerably increase of benefits along this still it was not reached universalization even in focused group and despite conditions were indicated as necessary to access to other policies, there is no investment on universalized policies and benefits selectiveness. Under these terms, Brazilian social protection system faces difficulties to universalization, keeping mixed characteristics, with three regimen characteristics Esping-Andersen, health universalization, social providence merit and non-contributed benefits and social assistance, but focused on those who need and benefit selectiveness and income transfer programs. There is no relation of complementarity between universalization and focus, but asymmetry and selectiveness maintenance.

Key words: BPC. Bolsa Família. Social Assistance. Social Welfare State.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Teorias explicativas de emergência e desenvolvimento do Welfare State.	23
Quadro 2 - Tipologias de assistência social na Europa.....	35
Quadro 3 - Tipologia de Mesa-Lago (América Latina).....	39
Quadro 4 - Tipologia da Cepal (América Latina).....	40
Quadro 5 - Tipologia de Filgueira (América Latina).....	41
Quadro 6 - Tipologia de Franzoni (América Latina).....	43
Quadro 7 - Programas condicionados de transferência de renda na América Latina....	72
Quadro 8 - Paralelo das concepções de justiça e as políticas de focalização e universalização.....	103
Quadro 9 - Mudanças na legislação do BPC Idoso (B88) desde o seu surgimento até o novo milênio.....	194
Quadro 10 - Mudanças na legislação do BPC Deficiente (B87) desde o seu surgimento até o novo milênio.....	206
Quadro 11 - Mudanças no BPC quanto à revisão.....	120
Quadro 12 - Mudanças no Bolsa Família desde o seu surgimento até 2014.....	226
Quadro 13 - Descrição do Conjunto de Ações Vinculadas à Iniciativa Brasil Carinhoso.....	154

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução das concessões do BPC PPD e Idoso de 1996 a 2001.....	135
Tabela 2 - Evolução dos gastos do BPC PPD e Idoso de 1996 a 2001.....	135
Tabela 3 - Evolução das concessões do BPC PCD e Idoso de 2003 a 2014.....	138
Tabela 4 - Evolução dos gastos do BPC PCD e Idoso de 2003 a 2014.....	139
Tabela 5 - Despesas efetuadas pelo Governo Federal em relação às políticas de Seguridade Social.....	163

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução legislativa do BPC – Linha do Tempo.....	108
Figura 2 - Legislações do Bolsa Família.....	146

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo médio de concessão do BPC ao longo dos anos 2000.....	143
Gráfico 2 - Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família de 2004 a 2014.....	156
Gráfico 3 - Volume de gastos do Governo Federal com o BF de 2004 a 2014.....	158

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 WELFARE STATE NO MUNDO E NO BRASIL: aspectos conceituais, regimes, trajetória da américa latina e brasil e lugar da assistência social nos diferentes regimes.....	19
2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DE WELFARE STATE OU ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL.....	20
2.2 REGIMES DE WELFARE STATE NO MUNDO.....	25
2.2.1 Situando a política de assistência social nos regimes de Welfare State.....	33
2.3 SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: regimes de bem-estar social e suas trajetórias.....	38
2.3.1 Sistemas de proteção social na América Latina: origem, desenvolvimento, crise e reestruturação.....	44
2.3.2 Sistema de proteção social brasileiro com foco na política de assistência social.....	53
3 CONSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA.....	66
3.1 PANORAMA E CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA AMÉRICA LATINA.....	66
3.2 TRAJETÓRIA E CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL.....	74
3.2.1 Caracterizando o Programa de Erradicação do Trabalho infantil (Peti).....	78
3.2.2 Caracterizando o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em substituição ao Renda mensal Vitalícia (RMV).....	80
3.2.3 Caracterizando a unificação dos programas de transferência de renda no Bolsa Família (BF).....	86
3.3 DISCUTINDO A FOCALIZAÇÃO E A UNIVERSALIDADE DENTRO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	96
3.3.1 Focalização e seletividade como sinônimas e em oposição à universalidade.....	96
3.3.2 Focalização e seletividade não são sinônimas, mas podem estar numa relação de complementaridade com a universalidade.....	99
4 MUDANÇAS NO BPC E BOLSA FAMÍLIA AO LONGO DO NOVO MILÊNIO 2000: universalização no grupo segmentado ou ampliação da	

seletividade?	107
4.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DO BPC DO SURGIMENTO ATÉ O ANO DE 2014.....	107
4.2 ANÁLISE DAS MUDANÇAS TEMPORAIS EM RELAÇÃO AO BPC DEFICIENTE E IDOSO.....	111
4.2.1 Mudanças na Revisão do BPC deficiente e idoso.....	119
4.2.2 Novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência.....	124
4.2.3 BPC Escola e BPC Trabalho.....	131
4.3 EVOLUÇÕES DAS CONCESSÕES E DOS GASTOS DO BPC (ESPÉCIES 87 E 88) DE 1996 A 2014.....	134
4.4 MUDANÇAS NORMATIVAS E OPERACIONAIS DO BOLSA FAMÍLIA NOS ANOS 2000.....	143
4.5 APRESENTAÇÃO DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA E BRASIL CARINHOSO.....	151
4.6 EVOLUÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA E DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DESTINADAS AO PROGRAMA DE 2004 A 2014.....	156
4.7 O ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL COM FOCO NA EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	162
5 CONCLUSÃO	167
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

No mundo de hoje, é praticamente impossível para qualquer pessoa, em qualquer país minimamente organizado, pensar ou imaginar a proteção social sem a participação do Estado, dado o estágio de complexidade das sociedades quanto aos problemas sociais que elas apresentam, variando, claro, o grau de participação que o Estado tem na proteção dos seus cidadãos.

Um sistema de proteção social público e universalista se direciona a todos os indivíduos, sejam eles pobres e vulneráveis ou não, e tem como objetivo fundamental a garantia de seus padrões de vida diante de situações as mais variadas que possam acarretar rupturas e declínios nestes padrões. Não só por uma questão de justiça social, mas porque tais rupturas trariam incertezas e riscos sociais. Tais riscos são mensurados pela precariedade da saúde pública, baixos níveis de inserção escolar, moradias precárias, não acesso à garantia de cobertura previdenciária, ausência de serviços socioassistenciais, dentre outros. Para Cobo (2012), todo sistema de proteção bem consolidado prevê a cobertura dos indivíduos ao longo de seu ciclo de vida (infância, fase adulta e velhice), além de ações mais imediatas de enfrentamento dos riscos (desemprego, acidente, doença) e de alívio da pobreza.

De modo geral, o Estado promove tais proteções universalistas porque a provisão de determinados serviços ou seguros sociais não se mostra tão eficiente, e restringir a uma parte da população o acesso poderia ser injusto.

Para Di Giovanni e Proni (2006), todo esforço de proteção implica um mínimo de redistribuição de recursos sociais, seja na forma de trabalho, de bens ou de dinheiro. A história das sociedades tem apontado três critérios ou fontes que comandam a proteção social: a tradição, o mercado e a autoridade política.

No primeiro caso, a proteção social se fundamenta em valores tradicionais como a caridade, a filantropia, o mutualismo, a solidariedade de classe. No segundo, a transferência de recursos sociais se faz por meio da compra e venda de serviços de proteção. E, no último caso, a transferência de recursos é determinada pela autoridade corporificada no Estado. Di Giovanni e Proni (2006) afirmam que a realidade pode ter uma convivência entre essas, mas nos modernos sistemas de proteção social ocorre uma predominância do Estado: há sistemas de caráter fortemente assistencial (baseado na tradição), há sistemas com um caráter de seguro social (que vão de encontro à lógica do mercado) e, por fim, há sistemas marcados pela ideia de seguridade social (fundados na autoridade política).

No Brasil, ainda que as primeiras medidas de proteção social tenham se iniciado nos anos 20, com a Lei Eloi Chaves, foi apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que a seguridade social, enquanto sistema de proteção, ganha existência legal e visibilidade social. Tal reconhecimento foi de extrema relevância para que se desrotulasse a seguridade somente da política previdenciária, do formato contributivo e/ou contratual, e passasse a contemplar uma visão mais ampla, pois agregou a citada política à assistência social e à saúde.

No entanto, as mudanças da economia e do trabalho, advindas da reestruturação produtiva, assim como do surgimento do neoliberalismo, provocaram, a partir da década de 90, um prenúncio de uma série de mudanças sociais, tais como desemprego, precarização do trabalho, aprofundamento da pobreza e agravamento das desigualdades sociais.

Todo esse contexto traz uma nova configuração da realidade brasileira, pois o ajuste neoliberal acentuou as desigualdades sociais e a pobreza, impactando na necessidade de medidas de controle e combate à pobreza. Destacam-se também as recomendações dos organismos internacionais para políticas e programas focalizados nos mais pobres. Para Dias (2006), os programas de transferência de renda foram esboçados como uma via de solução, ou seja, como uma estratégia de política social para enfrentar tais problemas sociais.

De acordo com Cobo (2012), os benefícios transferidos monetariamente ou em forma de serviços se referem a uma ampla gama de atividades que podem incluir educação, assistência médica e social. Já as transferências monetárias às famílias e indivíduos são a forma pela qual o Estado provê os seguros sociais contributivos e os não contributivos, cujo rendimento independe de contribuições prévias e que se configuram no principal instrumento de proteção social para o alívio da pobreza.

Cobo (2012) afirma que os benefícios de renda mínima sofreram uma grande expansão nos países latino-americanos a partir da década de 90 e, nesse sentido, a autora chama a atenção para o fato de que nos sistemas de proteção latino-americanos, considerados inconclusos e de cobertura bastante limitada, se comparados aos sistemas protetivos europeus, esses têm usado essa estratégia como política principal, embora devesse ser a última, ou seja, os programas de transferência de renda se constituem na principal medida de combate à pobreza, quando não o único instrumento de alívio da pobreza, atribuindo poderes aos mesmos, além do que eles podem oferecer; quando na verdade deveriam ser utilizados como complementares aos demais instrumentos de proteção social (benefícios universais às crianças, aposentadorias, pensões, auxílios diversos, seguro-desemprego, etc).

Tal constatação encontra veracidade no crescimento dos investimentos e gastos do governo federal para com os programas de transferência de renda no Brasil, o Bolsa Família e o BPC, que fizeram com que o orçamento da Assistência Social assumisse um novo delineamento, a partir dos anos 2000. Evidência essa reafirmada por Cobo (2012), quando a mesma afirma que o notável crescimento do gasto com a rubrica assistência social se deu por conta da expansão do Bolsa Família e do BPC, os dois grandes programas sociais vigentes no país atualmente.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda resultante da unificação de outros programas sociais (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação) com o objetivo de oferecer proteção a todo o grupo familiar e, para tanto, visa a promoção do alívio imediato da pobreza; o reforço dos direitos sociais básicos e a integração com programas complementares (BRASIL, 2004a); já o BPC se constitui num benefício voltado à pessoa com deficiência e ao idoso a partir dos 65 anos de idade, que comprovem não possuir condições de se proverem e nem de terem suas despesas providas pela família (BRASIL, 2007b). Ambos têm em comum o fato de serem dois grandes programas sociais focalizados na população pobre do país, embora o primeiro seja um programa governamental e o segundo um benefício constitucional.

Para Cobo (2012), na era da focalização extensiva, contudo, a política social assume um papel residual, um apêndice da política macroeconômica pela via da minimização dos gastos públicos. Os programas focalizados se tornam verdadeiros sistemas de focalização, com controles, regras e mecanismos que lhe são inerentes, cuja tecnicidade garante a organização da fila para o recebimento dos benefícios.

O interesse no estudo da temática se deu em razão de a pesquisadora ser uma profissional da política de Assistência Social e, de forma ainda mais específica, pelo fato de já trabalhar diretamente com um dos benefícios objeto deste estudo – o BPC – em seu processo de concessão, o qual é operacionalizado no INSS, sendo a contratação da pesquisadora um dos reflexos das mudanças pelas quais o benefício passou ao longo dos anos 2000. Além disso, uma maior aproximação se deu através da produção de um TCC, enquanto estudante de uma pós-graduação, sobre as contribuições que o novo modelo de avaliação do BPC trouxe para a pessoa com deficiência e para a sociedade em geral.

Neste intuito, objetivando aprofundar e enriquecer o estudo da temática, teve-se a ideia de se fazer uma discussão deste benefício juntamente com o Bolsa Família – dois grandes programas da Política de Assistência Social – uma vez que as despesas com programas de transferência de renda são responsáveis por um crescimento, em média, de 90% da destinação

dos gastos da Assistência Social no período de 2002 a 2013, segundo o Caderno Suas (BRASIL, 2013c). Dessa forma, o referido trabalho foi realizado com o objetivo de se configurar e analisar a Política de Assistência Social e as mudanças normativas nos programas de transferência de renda (BPC e Bolsa Família) ao longo do novo milênio 2000, bem como suas repercussões na caracterização do sistema de proteção social brasileiro.

Percebendo que o BPC operacionalizado desde 96 já conta com cerca de 18 anos de concessões de benefícios, e o Bolsa Família com 10 anos de concessões de transferências monetárias. Assim sendo, deduz-se e se vivencia também no cotidiano profissional, algumas das mudanças pelas quais esses dois programas passaram ao longo de sua existência, daí que surgiu o seguinte questionamento: as mudanças ocorridas nos programas de transferência de renda BPC e Bolsa Família, ao longo do novo milênio 2000, no contexto do sistema de proteção social brasileiro, reforçam a universalidade ou a seletividade da política?

Na tentativa de responder a esse questionamento foram traçadas algumas estratégias que se constituem igualmente objetivos desta pesquisa, as quais seguem abaixo:

- Identificar e analisar as mudanças normativas ocorridas na forma de avaliar e nos critérios de acesso ao BPC e ao Bolsa Família (PBF), ao longo dos anos 2000 até hoje;
- Verificar se tais mudanças burocratizaram ou facilitaram o acesso ao BPC e ao PBF (cobrança de mais documentos; aumento do número de etapas para concessão do benefício ou inclusão no programa; tempo de espera para inclusão no programa/benefício, dentre outros);
- Verificar se houve aumento do número de beneficiários do BPC e PBF, fazendo um comparativo dos números obtidos antes e depois das mudanças operadas neles a partir dos anos 2000 até hoje, e do orçamento da Assistência Social destinada aos Programas de Transferência de renda;
- Analisar a inclusão de novos programas (Plano Brasil sem Miséria e Brasil Carinhoso) e as mudanças operadas nos benefícios do Bolsa Família;
- Analisar as mudanças na Assistência Social nos anos 2000, no que se refere aos programas de transferência de renda e suas repercussões na caracterização do tipo de regime de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

Para tanto, foi feita uma pesquisa bibliográfica e documental em livros, artigos científicos, revistas científicas, dissertações, cartilhas, planos, caderno de orientações, manuais; além de documentos oficiais, como normativas, resoluções, decretos, portarias, orientações internas e memorandos internos do INSS; além de acrósticos de avaliação social e de revisão, sendo que praticamente todos esses documentos foram pesquisados na intranet do

INSS, o que só foi possível pelo fato de a autora também ser servidora do órgão, daí a facilidade de acesso. Já os dados quantitativos, como as tabelas de gastos e concessões do BPC, assim como do Bolsa Família, foram encontrados no site do MDS, e a evolução do orçamento da seguridade social no site da CGU, disponível para o grande público.

Desta pesquisa resultaram dados descritivos das mudanças pelas quais sofreram o BPC e o Bolsa Família desde o surgimento até o ano atual, caracterizando o direcionamento que essas mudanças assumem no sentido da seletividade ou universalidade da política de Assistência Social, assim como gerou dados também quantitativos, uma vez que gerou dados relativos ao aumento do número de concessões de BPC e Bolsa Família, o volume de gastos do governo federal com esses programas, o tempo médio de concessão e a evolução dos gastos no orçamento da seguridade social.

Tais dados foram agrupados e organizados em tabelas, quadros e gráficos, não só os quantitativos mas, também, os descritivos, pois como houve o detalhamento das mudanças ocorridas nos programas de transferência de renda por períodos históricos, resolveu-se adotar essa forma de organização de dados por questões didáticas e para facilitar o efeito comparativo e, ainda, visualizar a evolução dessas mudanças ou dos números (aumento de concessões, de gastos, do orçamento e do tempo de espera) gerados ao longo dos anos 2000.

Desta forma, a abordagem adotada foi a quanti-qualitativa, defendida por Minayo (2008), quando a mesma afirma que essas abordagens não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa e que ao contrário dos estudos quantitativos e qualitativos se oporem, quando realizados em conjunto proporcionam uma mais elaborada e completa construção da realidade, possibilitando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas.

Os resultados da pesquisa foram organizados em quatro capítulos. O primeiro discorre a respeito dos aspectos conceituais do *Welfare State* no mundo e no Brasil, abordando os tipos de regime de *Welfare State* tanto no mundo como na América Latina; a trajetória que o sistema de proteção social assume nesta e no Brasil, resgatando as suas origens, desenvolvimento, crise e reestruturação, assim como situando o lugar que a política de Assistência Social tem em cada um dos regimes.

O segundo capítulo é destinado para tratar sobre a constituição e trajetória dos programas de transferência de renda, trazendo o panorama e as características dos programas de transferência de renda na América Latina e, em especial, no Brasil, abordando toda a história dos programas de transferência até a sua unificação no Bolsa Família, assim como da substituição do RMV pelo BPC e, por fim, termina com uma discussão de seletividade,

focalização e universalidade na política de Assistência Social, a qual serviu de referencial para a análise dos dados.

O terceiro capítulo se destina à apresentação dos resultados e análise dos dados referentes ao BPC e ao Bolsa Família. A primeira parte do terceiro capítulo apresenta as mudanças e repercussões do BPC ao longo do novo milênio 2000, trazendo a fundamentação legal desse benefício, desde o seu surgimento até o ano de 2014; a análise das mudanças temporais do BPC voltadas ao deficiente e ao idoso; as mudanças relativas ao processo de revisão do BPC; o novo modelo de avaliação desse benefício à pessoa com deficiência; a apresentação do BPC Trabalho e BPC Escola; assim como as tabelas de evoluções das concessões e dos gastos do BPC (deficiente e idoso) de 1996 a 2014.

Já a segunda parte desse mesmo capítulo discorre sobre as mudanças e repercussões do Bolsa Família ao longo do novo milênio 2000, trazendo as mudanças normativas e operacionais do Bolsa Família nos anos 2000; a apresentação do Plano Brasil Sem Miséria e Brasil Carinhoso; as tabelas com a evolução das famílias beneficiárias do Bolsa Família e despesas orçamentárias destinadas ao Programa de 2004 a 2014 e, por fim, uma análise da evolução dos gastos efetuados com a seguridade social desde a década de 90 até 2012, observando qual o crescimento que a política de Assistência Social tem em relação às demais políticas.

2 WELFARE STATE NO MUNDO E NO BRASIL: aspectos conceituais, regimes, trajetória da América Latina e Brasil e o lugar da Assistência Social nos diferentes regimes

Não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum sistema de proteção social, conforme afirma Di Giovanni (1998), pois a literatura antropológica, etnográfica, sociológica e a historiografia revelam que as formas de solidariedade se mostram recorrentes e universais, seja se apresentando de forma mais rústica nas sociedades antigas ou com altos níveis de sofisticação existentes nas sociedades mais contemporâneas.

Assim, ao dizer isso o autor se remete ao fato de que a proteção social pode ser realizada por instituições não especializadas e plurifuncionais, como a família, por exemplo; da mesma forma que por sistemas ou instituições que se inscrevem como ramos importantes da divisão social do trabalho, presentes nas sociedades mais complexas. A partir daí, Di Giovanni (1998, p.10) conceitua os sistemas de proteção social como “as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros”. Tais sistemas decorrem de algumas situações naturais ou sociais da vida, como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações, sendo válido ressaltar que as referidas privações não são apenas de bens materiais, mas também de bens culturais que permitem a sobrevivência e a integração na vida social.

Nas sociedades pré-capitalistas e de capitalismo, na fase liberal a proteção social estava a cargo da sociedade civil, ou seja, da família, igrejas, filantropia, patronato e do mercado; e de forma esporádica e pontual do Estado.

Desde o final do séc. XIX e o início do séc. XX, o Estado assume a função legal e legítima de realizar a proteção social, ou seja, de implantá-la e geri-la, a qual toma formas concretas por meio de políticas de caráter social. No entanto, isso não quer dizer que apenas o Estado detenha o monopólio da proteção social, uma vez que existem outras formas de proteção social, privada, na base de relações mercantis ou fundada em vínculos tradicionais, que atuam de forma paralela e complementar à proteção social pública.

Nesta perspectiva, o objetivo deste capítulo é abordar a modalidade de proteção social emanada do Estado, mediante políticas públicas, em especial as de cunho social ou de seguridade social que compõem o núcleo duro do Estado de Bem-Estar Social e suas especificidades no Brasil, com destaque para o papel da assistência social e os programas de transferência de renda, serviços e outros benefícios na composição dos diferentes regimes de Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State*.

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS DE *WELFARE STATE* OU ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

Aborda-se, neste estudo, o Estado responsável por um sistema de proteção pública realizado por meio de políticas públicas nas mais diversas áreas, como na saúde, educação, habitação, previdência social e assistência social, substituindo as formas não institucionalizadas, pouco qualificadas de proteção social. Assim, a partir do momento que o Estado assume a responsabilidade pela garantia do bem-estar básico dos cidadãos, pode ser considerado um Estado de Bem-Estar ou *Welfare State*¹, segundo uma definição bem comum dos manuais, apresentada por Esping-Andersen (1995), muito embora esse reconheça a pouca atenção conceitual que *Welfare State* tem recebido por parte dos estudiosos.

É importante destacar, segundo Boschetti (2007), que existem outros termos utilizados em cada nação para designar determinadas formas de intervenção estatal na área econômica e social, apontando o já citado *Welfare State* (anglo-saxão), *État Providence* (francês) e *Sozialstaat* (alemão). Além disso, na literatura brasileira, a autora afirma que é usual utilizar sua tradução (estado de bem-estar social) para explicar a realidade social brasileira, encontrando-se de modo menos frequente a utilização do termo Estado Providência para designação da ação social do Estado.

A expressão *Sozialstaat* (Estado Social) é utilizada na Alemanha para designar o conjunto das políticas de proteção social que inclui os seguros sociais, porém, não se restringindo aos mesmos (KOTT, 1995 *apud* BOSCHETTI, 2007). Tendo, por outro lado, a expressão *Wohlfahrtsstaat*, que seria a tradução literal de *Welfare State*, sendo empregada na Alemanha desde 1870, pelos socialistas, e designava os aspectos positivos da ação da polícia alemã (ROSANVALLON, 1981 *apud* BOSCHETTI, 2007). Essa expressão traduz o acesso à educação universal, à habitação e à seguridade social, que engloba aposentadorias e pensões, saúde, seguro acidente de trabalho e auxílios familiares (DUMONT, 1995 *apud* BOSCHETTI, 2007).

Já a expressão *État Providence* é utilizada na maioria da literatura francesa para referir-se ao Estado providencial ou Estado-Providência, que se assemelha ao conceito inglês de *Welfare State*, ao incorporar a ideia de responsabilidade estatal na regulação do mercado, com o objetivo de responder a situações de riscos pessoais e sociais.

¹ Deve-se ressaltar que a expressão *Welfare State* é inglesa, mas outras expressões como: Estado Providência, Estado Social, Estado de Bem-Estar Social são utilizadas no mesmo sentido, ao exprimirem as funções legítimas e legais do Estado na proteção social ou no bem-estar dos cidadãos, em substituição à ideia de um bem-estar gerado pelo mercado autorregulado ou pelas famílias e instituições religiosas e filantrópicas.

Apesar da diversidade de expressões, utiliza-se, nesta pesquisa, a de *Welfare State* e sua tradução em português, Estado de Bem-Estar Social; e para caracterizá-lo, faz-se necessário conceituá-lo e situá-lo no contexto societal.

Draibe (1989) afirma que o próprio conceito de *Welfare State* não é unívoco; pelo contrário, há uma diversidade de enfoques teóricos, de acordo com a corrente teórica a que cada autor se filia. Para tanto, Briggs (1961 *apud* DRAIBE, 1989, p.18) afirma que o *Welfare State* é:

[...] um Estado no qual se usa deliberadamente o poder organizado (através da política e da administração) num esforço para modificar o jogo das forças do mercado em pelo menos três direções: primeiro, garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente do valor de mercado de seu trabalho ou de sua propriedade; segundo, restringindo o arco de insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de fazer frente a certas “contingências sociais” (por exemplo, a doença, a velhice e a desocupação) que, de outra maneira, conduziriam a crises individuais ou familiares; e terceiro, assegurando que a todos os cidadãos, sem distinção de status ou classe, sejam oferecidos os padrões mais altos de uma gama reconhecida de serviços sociais.

Outro conceito também bastante aceito e citado por vários autores, como Draibe (1989); Faria (1998) e Arretche (1995) para *Welfare State* é o de Wilensky, no qual o define como sendo um padrão mínimo, assegurado pelo Estado, de renda, alimentação, saúde, alojamento e ensino, garantido a qualquer cidadão como um direito político e não como beneficência.

Já Gough (1979 *apud* FLEURY, 1994, p.111) define o *Welfare State* como “o uso do poder estatal para modificar a reprodução da força de trabalho e para manter a população não trabalhadora nas sociedades capitalistas”. Alber (1981 *apud* FLEURY, 1994, p.111) conceitua *Welfare State* como um conjunto de respostas políticas ao processo de modernização, consistindo de intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição societal das chances da vida, promovendo a segurança e a igualdade dos cidadãos, visando à integração social de sociedades industriais altamente mobilizadas.

Além dessas definições, outros autores fizeram interpretações do *Welfare State*: Flora e Heidenheimer (1986 *apud* DRAIBE, 1989, p.21) o interpretam “como uma resposta à crescente demanda por igualdade socioeconômica”, ou ainda como quer Marshall (1965 *apud* DRAIBE, 1989, p.21), “como a institucionalização dos direitos sociais após o desenvolvimento dos direitos civis e políticos”. Vale ainda ressaltar uma terceira interpretação da tradição marxista, que afirma o *Welfare State* “como uma resposta aos conflitos de classe e às crises cíclicas do capitalismo”.

Diante desses conceitos, infere-se que todos eles revelam que o Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* se constitui numa resposta do Estado às mazelas sociais, sobretudo em decorrência da correlação de forças das classes sociais, com o intuito de diminuir as desigualdades provocadas pelo sistema econômico capitalista.

É importante falar ainda que segundo Boschetti (2003), é consensual a origem da expressão *Welfare State* na Inglaterra; no entanto, a expressão não pode ser utilizada para todos os países europeus. Meny e Thoenig (1989 *apud* BOSCHETTI, 2003) concebem o *Welfare State* como um esforço do Estado para modificar as condições do mercado e proteger os cidadãos das consequências sociais e econômicas, e mesmo concebendo as ações públicas do século XIX como “rudimentares”, elas seriam originárias do final desse século e se ampliaram e atingiram novos patamares no século XX. Desta forma, esses mesmos autores afirmam que a referida expressão seria mais apropriada para designar a generalização dessas ações após a II Guerra Mundial.

Tal afirmação veio a ser ratificada por Arretche (1995), quando diz que apesar de um certo desenvolvimento ter já iniciado ainda no séc. XIX, foi apenas no séc. XX, sobretudo no período pós-guerra, que os sistemas de proteção social ou *Welfare State* experimentaram incontestável expansão e até mesmo institucionalização. Da mesma forma, o *Welfare State* foi considerado por essa como um fenômeno do séc. XX, apesar de ela também reconhecer o que Di Giovanni (1998) já colocara, de que alguns países europeus, como a Alemanha, por exemplo, tenham dado origem a programas de seguro social, já no final do séc. XIX.

Arretche (1995) ordena a produção teórica dos autores mais representativos de cada corrente teórica, acerca da origem e desenvolvimento do *Welfare State*. Tal fenômeno foi estudado por essa nos países desenvolvidos, no contexto do sistema capitalista, o que já mostra uma certa ligação desse sistema de produção com o surgimento e a expansão do sistema de proteção social.

A autora agrupa suas teorias explicativas em duas grandes categorias: a ordem econômica e a ordem política, apresentando os representantes de cada uma e suas respectivas teorias, que se encontram organizadas no quadro abaixo:

Quadro 1: Teorias explicativas de emergência e desenvolvimento do Welfare State

Teorias	Emergência	Desenvolvimento
O welfare state é um desdobramento necessário das mudanças postas em marcha pela industrialização das sociedades. (Ordem Econômica)	Harold Wilensky: Está no crescimento econômico e resultados demográficos e burocráticos. Richard Titmuss: está na crescente complexidade da divisão social do trabalho, dada pela industrialização. T. H. Marshall: dada pela evolução lógica e natural da ordem social em si mesma.	Harold Wilensky e Lebeaux: Primeiramente, a expansão dos programas sociais é fortemente associada a traços da cultura nacional, como por exemplo, EUA. Depois, em 1975, Wilensky atribui este a fatores estruturais. Richard Titmuss: à dinâmica das mudanças dessas necessidades. T. H. Marshall: as guerras são propulsoras para o desenvolvimento dos programas.
O welfare state é uma resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista. (Ordem Econômica)	James O'Connor: o crescimento do setor monopolista gera uma disfunção social, que demanda despesas sociais (programas sociais). Claus Offe: o <i>Welfare</i> é uma resposta funcional ao desenvolvimento do capitalismo.	James O'Connor: disfunção social dada pelo crescimento do setor monopolista (neomarxismo com inclinação funcionalista). Claus Offe: desenvolve-se para dar resposta aos problemas do desenvolvimento do capitalismo.
O <i>Welfare State</i> é resultado de uma ampliação progressiva de direitos: dos civis aos políticos, dos políticos aos sociais. (Ordem Política)	T. H. Marshall: noção de cidadania ligada à evolução dos direitos, dos civis aos políticos, até os sociais. Pierre Rosanvallon: movimento democrático reivindicatório de ampliação dos direitos. François Ewald: inadequação do diagrama liberal e o princípio da solidariedade.	Pierre Rosanvallon: ao fim de cada guerra, parece ter ocorrido uma refundação social e reafirmação do Estado protetor.
O <i>Welfare State</i> é resultado de um acordo entre capital e trabalho organizado, dentro do capitalismo. (Ordem Política)	Ian Gough: o papel de pressão das classes subordinadas é importante na explicação (abordagem marxista).	Ian Gough: a luta e influência da classe trabalhadora, a centralização do Estado e a influência dos primeiros sobre este último.
O <i>Welfare State</i> é resultado da capacidade de mobilização de poder da classe trabalhadora no interior de diferentes matrizes de poder. (Ordem Política)	Gosta Esping-Andersen: as variáveis analíticas são de corte político e institucional (capacidade de pressão da classe trabalhadora e características institucionais do Welfare).	

O <i>Welfare State</i> é resultado de configurações históricas particulares de estruturas sociais e instituições políticas. (Ordem Política)	Theda Skocpol, Ann Shola Orloff e Margareth Weir: está associada à natureza, à capacidade e à estrutura das instituições do Estado.	Theda Skocpol, Ann Shola Orloff e Margareth Weir: a formação do Estado nacional, o contexto internacional e os processos de policy feedback.
--	--	---

Fonte: Quadro de elaboração da autora com base no texto de Arretche (1995).

Observa-se que cada autor apresenta sua explicação teórica para a emergência e para o desenvolvimento na qual, não necessariamente a explicação da emergência é igual a do desenvolvimento. Além disso, outra observação a ser suscitada é a de que um mesmo autor, em outra época histórica, pode mudar sua categoria explicativa para o surgimento e desenvolvimento do *Welfare State*, como aconteceu, por exemplo, com Marshall, que entre as décadas de 40 e 50 dos anos de 1900, defendia a teoria da convergência de origem econômica, e depois dessa época, passou a defender uma teoria de explicação política.

O que se percebe de comum entre essas teorias é de que é no capitalismo que emergem e, mais ainda, desenvolvem-se os sistemas de proteção social públicos pois, ao mesmo tempo que o primeiro precisa destas ações de bem-estar social aos trabalhadores, como forma de manter a reprodução da força de trabalho, é também nesse sistema econômico de produção que essas ações se desenvolvem, seja pelas mudanças postas pela industrialização, seja pela capacidade de mobilização da massa trabalhadora, ou ainda por outras motivações.

Deve-se ressaltar que com isso não se quer aqui dizer que uma teoria ou outra esteja mais correta ou se sobreponha à outra, o que se quer dizer é que todas identificam o capitalismo, seja como pano de fundo ou como determinante para a emergência e desenvolvimento do *Welfare State*, e que determinada teoria pode ter maior poder para explicar um ou outro país, dependendo das características históricas, políticas e culturais de cada realidade.

Além disso, nesse estudo a autora constatou que os países analisados tendem a divergir quanto às características institucionais sob as quais prestam serviços sociais. Essa divergência está submetida a algumas regularidades, de forma que se pode afirmar haver distintos regimes de *Welfare States*, os quais constituem diferentes soluções políticas para o conflito distributivo no interior das sociedades, o que pode ser percebido no tópico seguinte.

2.2 REGIMES DE *WELFARE STATE* NO MUNDO

Fazendo uma revisão de literatura se encontram algumas construções de tipologias como referência para a análise comparativa dos distintos Estados de Bem-Estar no mundo contemporâneo. Possas (1991, p.186) destaca duas principais tipologias:

A tipologia clássica de Titmus, revista por Ascoli e usada por Draibe na análise da evolução e das tendências do modelo de proteção social no Brasil, cujos componentes permitem identificar três tipos distintos de *Welfare State*, com ênfase no seu aspecto redistributivo: o residual, caracterizado pela seletividade na ação protetora do Estado em relação aos segmentos sociais excluídos da possibilidade de satisfação de necessidades básicas; o meritocrático-particularista, que vincula a proteção estatal e o desempenho dos grupos protegidos e, finalmente, o *Welfare* Institucional Redistributivo, caracterizado por uma política basicamente universalista e igualitária, que configuraria o modelo social-democrata do *Welfare State*.

Em tipologia mais abrangente, porém análoga, com ênfase na dimensão política de constituição do *Welfare State*, no mundo contemporâneo, relacionada ao grau de democratização social do capitalismo avançado, Esping-Andersen identifica três modelos de Estado de Bem-Estar: o liberal, o conservador e o social-democrata.

Na classificação de Titmus as variáveis são, de um lado, a relação Estado-Mercado e, de outro, os destinatários das políticas (se poucos, se muitos, se todos). A partir dessa classificação, conforme destaca Possas (1991), Ascoli, que estuda o regime italiano, reelabora a tipologia, em especial o modelo meritocrático-particularista, dando destaque às características corporativistas que marcam o movimento de definição e conquista de direitos sociais, assim como reafirma fortemente a lógica clientelista neste modelo, o qual parece regular o funcionamento do sistema político, em que os partidos tendem a monopolizar parte importante do acesso aos recursos públicos, constituindo assim fenômenos políticos que deixam sua marca no perfil do sistema de proteção social.

Nos anos de 1990, Esping-Andersen (1991) avança em direção aos estudos comparativos sobre as políticas sociais realizando, assim como Titmus e Ascoli, um perfil tipológico do *Welfare State*, considerando uma ampla gama de fatores. Para chegar a essas categorias tipológicas, Esping-Andersen (1991), seguindo a linha de Marx e Polanyi, propôs o estudo das políticas de proteção social à luz das possibilidades de desmercadorização das relações sociais, assim como do sistema de estratificação.

A desmercadorização ocorre quando, para Esping-Andersen (1991, p.102), “a prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do trabalho”, ou seja, quando consegue emancipar-se do mercado produtivo mantendo níveis de vida toleráveis. É por isso que o autor diz que a desmercadorização fortalece a organização e luta dos trabalhadores, enfraquecendo o poder e

a autoridade dos patrões, tendo como concepção a ampliação da capacidade de os indivíduos terem oportunidades e fazerem escolhas concretas ao longo da vida.

Já quanto à estratificação social, conforme Esping-Andersen (1991), o *Welfare State* promove a estratificação no momento em que promove ajuda aos pobres e comprovadamente carentes, estigmatizando-os e colocando-os em grupo específico, promovendo dualismos sociais, pois os pobres passam a contar com o Estado para a sua sobrevivência; e os outros com o mercado.

O modelo de seguridade social promovido por reformistas conservadores como Bismarck e Von Taffe também foi uma forma de política de classe, segundo Esping-Andersen (1991), uma vez que procurou conseguir dois resultados de estratificação: o primeiro era consolidar as divisões entre os assalariados, aplicando programas distintos para grupos diferentes em termos de classe e status, e segundo, vincular as lealdades ao indivíduo diretamente à monarquia ou à autoridade central do Estado.

Este modelo corporativista estatal de Bismarck instituiu benefícios previdenciários particularmente privilegiados para o funcionalismo público como forma, em parte, de recompensar a lealdade ao Estado e, também, como forma de demarcar o status elevado desse grupo. O referido modelo foi tentado em nações como a Alemanha, a Áustria, a Itália e a França, denominado de conservador por Esping-Andersen (1991).

De acordo com Esping-Andersen (1991), por razões políticas de construção de coalização e solidariedade mais ampla, como nos países nórdicos o bem-estar foi pensado de forma universal ou como bem-estar para a população. Daí os socialistas terem adotado o princípio do universalismo, tendo seu programa seguido a linha do benefício uniforme democrático, com rendimentos gerais financiados segundo o modelo Beveridge.

O autor diz que este modelo se constituía numa alternativa aos comprovadamente pobres (típicos do regime liberal) e à seguridade social corporativista (modelo conservador), em que o sistema universalista promoveria a igualdade de status. Todos os cidadãos são dotados de direitos semelhantes, independente da classe ou da posição no mercado. No entanto, esse universalismo traz um dualismo inadvertido, pois os que estão financeiramente melhor se voltam para o seguro particular e para a negociação de benefícios extras, resultando assim num dualismo semelhante ao estado de assistência social: os pobres contam com o Estado e os outros com o mercado. Tal modelo se desenvolve no Canadá e na Grã-Bretanha, principalmente pós-reformas contemporâneas.

Dessa forma, Esping-Andersen (1991) diz que o *Welfare State* não pode ser compreendido apenas em termos de direitos e garantias, uma vez que é preciso considerar que

as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família em termos de provisão social, sendo estes os três agentes mais importantes que precisam ser considerados na elaboração de qualquer especificação teórica dos regimes de *Welfare State*. Nessa perspectiva, os regimes de *Welfare State* se encontram assim classificados: regime liberal, regime conservador e regime social-democrata, valendo ressaltar que a referida tipologia será utilizada nesta dissertação para a análise das similaridades com o sistema de proteção social brasileiro.

O *Welfare State* liberal ou regime liberal visa a dar assistência aos comprovadamente pobres, em geral da classe trabalhadora ou dependentes do Estado, com reduzidas transferências universais ou planos modestos de previdência social. As regras para a habilitação aos benefícios são estritas e muitas vezes associadas ao estigma; os benefícios são tipicamente modestos, da mesma forma que o Estado incentiva o mercado a subsidiar esquemas privados de previdência (ESPING-ANDERSEN, 1991). Exemplos desse modelo são os países de origem anglo-saxônica, como os Estados Unidos, o Canadá, a Austrália, o Reino Unido e a Irlanda.

Nesse regime, constata-se, segundo Nogueira (2001), a intervenção estatal sempre *ex-post*, ocorrendo de forma temporária e pontual em casos onde os riscos sociais não têm possibilidades de serem resolvidos pelas instâncias usuais: esforço individual, família, comunidade e o mercado. Constata-se, nessa, a tendência de mercantilizar ao máximo a força de trabalho através das políticas sociais, estimulando a centralidade no mercado, assim como na culpabilização das vítimas, em que os riscos são atribuídos à incompetência ou desleixo das pessoas. No que se refere ao direito de bens e serviços extramercado, sua desmercadorização se vincula ao estatuto da necessidade absoluta.

Quanto aos *Welfare States* conservadores, esses são fortemente corporativistas, segundo Esping-Andersen (1991), uma vez que os direitos se encontram ligados à classe e ao status; assim, a previdência privada e os benefícios ocupacionais extras desempenhavam um papel secundário. Neste regime conservador há um grande comprometimento com a preservação da família tradicional, tanto é que os benefícios encorajam as mulheres à maternidade, assim como as creches e serviços semelhantes são claramente subdesenvolvidos, ou seja, o Estado só age quando a família é incapaz de ajudar seus membros. Podendo citar como exemplos a Áustria, a França, a Alemanha, a Itália, a Bélgica, a Holanda e Luxemburgo (países da Europa Continental).

Para Nogueira (2001), no conservador a proteção deve ser responsabilidade de cada um por seu mérito, por sua capacidade produtiva, enfim, por sua performance individual,

sendo a intervenção estatal parcial, no sentido de organizar a proteção social e não financiá-la. Já para Vianna (1998, p.24), esse modelo se caracteriza por:

[...] vincular estreitamente a ação 'protetora' do Estado ao desempenho dos grupos protegidos. Quem merece, ou seja, quem contribui para a riqueza nacional e/ou consegue inserção no cenário social legítimo, tem direitos a benefícios, diferenciados conforme o trabalho, o status ocupacional, a capacidade de pressão, etc. [...] este padrão se caracteriza por ser hierarquizante e segmentador. [...] deitaria raízes num conjunto de influências conservadoras, tais como estatismo, reformismo paternalista, catolicismo, corporativismo hierarquizante.

Tal regime, segundo ainda Esping-Andersen (1991), assemelha-se ao modelo bismarckiano de proteção social, por proteger a força de trabalho que retribui ao Estado com lealdade e subordinação. O autor ainda diz que esse modelo pode ser encontrado em países onde os movimentos operários tiveram forte vinculação com a Igreja, com sociedades estratificadas e segmentadas.

Já no regime social-democrata se buscava “um *Welfare State* que promovesse a igualdade com os melhores padrões de qualidade e não uma igualdade das necessidades mínimas, como se procurou realizar em boa parte” (ESPING-ANDERSEN, 1991, p.110). Assim, buscava-se garantir aos trabalhadores plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos, o que equivalia a dizer que os trabalhadores braçais desfrutavam de direitos idênticos ao dos empregados white-collar assalariados ou dos funcionários públicos.

Nesse regime, há uma pesada carga de serviços sociais e é adotado o regime do pleno-emprego, em que as mulheres são encorajadas a trabalhar, ao invés de apenas se dedicarem às prendas domésticas, pois quanto maior o número de pessoas trabalhando, menor o número de pessoas vivendo de transferências sociais. Exemplos desse modelo são os países do norte da Europa ou, mais especificamente, os países escandinavos, como a Suécia, a Dinamarca, a Noruega e a Finlândia.

Nogueira (2001) diz ainda, em relação ao social-democrata, que nesse a intervenção estatal é *ex-ante*, tratando de assegurar padrões de satisfação iguais, distribuídos com base na igualdade de resultados, como estatuto de cidadania. Nesse regime os benefícios são universais, há mecanismos de integração e substituição de renda, oferta de equipamentos públicos para prestação de serviços essenciais, contemplando a distribuição de renda e recursos. Aqui todos dele dependem e, assim, sentem-se coagidos positivamente a assumir sua manutenção, via pagamento de impostos.

Muitos países que se autoproclamaram *Welfare States*, segundo esse mesmo autor, o fizeram nem tanto por designarem desse modo as políticas sociais, mas por promoverem uma integração nacional. A integração implica quase que automaticamente economias abertas. O desemprego crônico na Europa, assim como a pobreza e a desigualdade crescentes na América do Norte são sintomas daquilo que muitos acreditam ser o dilema das economias abertas de hoje: um conflito de escolha entre o crescimento do emprego e uma seguridade social generosa e igualitária.

Analisando o setor protegido, conforme Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000), os baixos níveis de emprego nesse setor, na União Europeia, contrastam fortemente com o milagre do emprego no setor dos serviços nos Estados Unidos. O emprego no setor de serviços protegidos na União Europeia representa apenas 39,2% da população em idade ativa, contra 54,2% do mesmo universo nos Estados Unidos. No entanto, esses níveis mais elevados de emprego nos Estados Unidos, seja no comércio, restaurantes, hotéis, serviços pessoais, sociais e comunitários são explicados por baixos salários e flexibilidade dos vínculos de trabalho, com facilidade de contratação e baixos níveis de proteção social.

Para Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000) o milagre americano não se verificou apenas nos serviços que exigem poucas qualificações, mas nos serviços que exigem elevadas qualificações, a procura por parte dos consumidores se traduziu em oportunidades acrescidas de emprego para professores do ensino secundário e universitário; e profissionais do setor de saúde (médicos e paramédicos). Deve-se ao fato de, em parte, a educação e os cuidados de saúde serem, em grande medida, sustentados por financiamento privado.

No entanto, esses autores afirmam que a realidade de muitos países europeus é completamente diferente da americana, haja vista que a educação e a prestação de cuidados de saúde dependem, sobretudo, de impostos e de descontos para a segurança social. Além disso, nos anos 90 quase todos os países europeus tiveram de lidar com uma situação em que aumentos dos custos do desemprego foram acompanhados por pressões políticas e econômicas para a redução do fardo fiscal, bem como pela necessidade de reduzir os déficits públicos.

Entretanto, Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000) afirmam que não se deve esquecer que alguns dos Estados-providência mais avançados, entre os quais o dinamarquês e o holandês, praticamente igualam o milagre norte-americano, garantindo como direitos de cidadania padrões mínimos de rendimento, saúde, trabalho, educação e habitação. A referida situação sugere que uma política de proteção social generosa não inibe necessariamente as dinâmicas de progresso econômico.

Já a Suécia, que também está entre os mais avançados sistemas protetivos do mundo, foi capaz, segundo Esping-Andersen (1991), de equilibrar um emprego mais do que pleno com o mais generoso e igualitário dos *Welfare States*; no entanto, após a liberalização de 1982, a economia sueca sofreu uma forte fuga de capitais, o que reduziu o investimento interno e a geração de empregos. Em ambos os países, os governos tanto de esquerda como de direita foram forçados a cortar o gasto social.

Na Europa Ocidental, o *Welfare State*, além de sindicatos fortes, têm promovido a igualdade e evitado o crescimento da pobreza, ao mesmo tempo em que passa pela elevação do desemprego e o surgimento de um exército de dependentes do bem-estar social, combinação que ameaça uma crise severa no financiamento da seguridade social; enquanto que em economias como a norte-americana enfrentaram o desafio da competição global ampliando o emprego, mas à custa do aumento das desigualdades salariais e de rendas familiares, da elevação da pobreza e do surgimento de uma subclasse (ESPING-ANDERSEN, 1991).

A partir dessas tipologias, Fleury (1994) chama atenção que muitos analistas buscam os tipos ideais no sentido weberiano, que têm sido atravessadas pela recorrente idealização de um modelo perfeito de *Welfare State* redistributivo (o de Titmus) ou o social-democrata de Esping-Andersen, enquanto que os demais são considerados como modelo subótimos, subdesenvolvidos, seja como etapas anteriores de um curso de aperfeiçoamento que culminaria com sua superação pelo modelo social-democrata, e os que não se incluem nesse princípio de cidadania e de políticas sociais são considerados Estados de mal-estar social, ou ausente de Estado de bem-estar social, por não se enquadrarem no modelo ideal, deixando de considerar as especificidades desse Estado em diferentes realidades.

Tomando como base comparativa o regime liberal e o social-democrata que se constituem nos extremos entre os sistemas protetivos, Fleury (1994) afirma que embora alguns dos traços distintivos dos tipos ideais assim construídos possam ser encontrados em um dado país ou mesmo em uma fase específica do desenvolvimento da Seguridade Social, seria preferível utilizá-los como estruturas teórico-conceituais que iluminariam a análise das diferentes experiências, pois frequentemente se pode encontrar em um mesmo país a convivência conflitiva de programas inspirados em diferentes tipos ou modelos de proteção social.

Mesmo não sendo possível, segundo Fleury (1994), encontrar na realidade concreta uma homogeneidade que correspondesse à tradução de um 'tipo puro'; no entanto, têm sido identificados *clusters* – agrupamentos de variáveis ou atributos – que demonstram o

predomínio de um ou outro tipo estudado. Na verdade, esta variedade de tipologias encontradas vai demonstrar muito mais o privilegiamento de um ou outro critério organizador, do que uma diversidade do fenômeno.

De acordo com Fleury (1994), algumas dessas tipologias, como as que foram apresentadas neste item, são claramente voltadas e inspiradas na experiência europeia e, por isso, sua aplicabilidade a outros contextos se mostra limitada. Este é o caso, por exemplo, da proposta de Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000), que se assemelha bastante à tipologia de Esping-Andersen, apresentando, assim, a diversidade dos estados-providência europeus, sendo eles:

♣ Modelo escandinavo: apresenta elevados níveis de emprego e é baseado fortemente no crescimento do emprego do setor público; no entanto, apresenta como principais problemas dificuldades de financiamento dos seus dispendiosos Estados-providência num contexto marcado por uma elevada mobilidade de capitais e, por outro lado, a necessidade de crescimento do emprego do setor privado, de modo a compensar a estagnação ou diminuição das oportunidades de emprego no setor público;

♣ Modelo anglo-saxônico: ao contrário do escandinavo, o financiamento do Estado-providência e o emprego do setor privado de serviços não parecem ser problemáticos. Nesse modelo, o Estado não apoia suficientemente a especialização numa produção de alta qualidade, altamente competitiva e orientada para a exportação, baseada em relações industriais de cooperação em mão de obra qualificada, investindo-se pouco na qualificação média e baixa do mercado de trabalho. Como são escassos os níveis de proteção social, a posse de baixas qualificações surge associada à pobreza e à exclusão social;

♣ Regime continental: apresenta mercados de trabalho altamente regulados, veem-se confrontados com baixos níveis de emprego, elevados níveis de dependência face aos benefícios, bem como níveis elevados de desemprego de longa duração e – na França e na Bélgica – de desemprego jovem. Os Estados-providência continentais têm como principal fonte de financiamento os impostos sobre os rendimentos do trabalho; o emprego no setor privado é excluído do mercado, sobretudo no extremo mais baixo da distribuição salarial. Nesse regime, a pobreza e a ausência de qualificações não são problemas prementes;

♣ Estado-providência do Sul: esse criou um fosso cada vez maior entre indivíduos inseridos no mercado de trabalho e que se beneficiam de uma extensa proteção, e os que estão dele excluídos e se encontram mais desprotegidos (encontrado particularmente no Estado-providência italiano, clientelista e sobrecarregado pelas pensões). Esse modelo depende fortemente dos impostos sobre o rendimento do trabalho para o seu financiamento,

enquanto o emprego em serviços no setor privado é marcado por preços que o colocam fora do mercado de trabalho. No que diz respeito à pobreza, o modelo do Sul segue o padrão anglo-saxônico.

Esse último constitui um bom exemplo do que foi pontuado por Fleury (1994) da presença de *clusters* – agrupamento de variáveis ou atributos – que demonstram o predomínio de um ou outro tipo de regime, pois segundo Katrougalos (1996 *apud* SILVA, 2002), o *Welfare State* da Europa do sul não é um quarto modelo na classificação, mas uma subcategoria ou uma edição com desconto do modelo continental, o que veio ser ratificado por Castels (1995 *apud* SILVA, 2002) quando diz que os países da Europa do Sul são versões pouco desenvolvidas do modelo 'corporativo'.

O modelo da Europa do sul é chamado por Ferrera (2000), em outra obra sua, de modelo da Europa Meridional, que inclui os seguintes países: Portugal, Espanha, Itália, Grécia, dentre outros. Na década de 90, nos países citados, o Estado Social se desenvolveu tardiamente e teve de enfrentar meios socioeconômicos mais problemáticos; assim, nesses a proteção social entrou numa era de permanente austeridade, subdesenvolvimento institucional e financeiro sobrecarregado por desequilíbrios. Seus sistemas de transferência social apresentam picos de generosidade para determinados grupos ocupacionais e lacunas macroscópicas de proteção para outros.

Ainda nos anos 90 se confirmam as discrepâncias entre as medidas prometidas e as levadas em prática; a importância e a elasticidade da família como uma espécie de carteira de compensação para o bem-estar dos seus membros; uma cultura imbuída de um tipo específico de solidariedade muito influente pela igreja católica. Com base na literatura, Ferrera (2000) traça sete principais características do Estado Social da Europa Meridional:

1) Elevada relevância das remunerações de transferência, especialmente, da polarização interna dos sistemas de manutenção de rendimentos da Europa Meridional. Os sistemas desses países proporcionam uma proteção generosa aos setores nucleares da força laboral, por outro lado, concedem apenas uma fraca subsidiarização aos setores no mercado de trabalho irregular;

2) Distribuição desequilibrada da proteção social pelos escalões de riscos padronizados e, de um modo mais geral, pelas diversas funções da política social;

3) Os Estados do Sul da Europa são caracterizados por uma abordagem universalista no que toca aos seus serviços de saúde;

4) Uma combinação altamente articulada entre instituições e atores públicos e não públicos, característica essa particularmente evidente no campo da saúde e dos serviços sociais;

5) Diz respeito à persistência do particularismo institucional, se não mesmo do puro e simples clientelismo, e em certos casos, à formação de elaboradas máquinas de proteção para a distribuição dos subsídios monetários;

6) Uma distribuição altamente desequilibrada dos custos pelos diversos grupos ocupacionais, devido a disparidades legais;

7) Uma elevada incidência da economia paralela e, assim, da evasão fiscal.

É assim que Ferrera, Hemerijck e Rhodes (2000) afirmam que no seu todo o modelo social europeu permite um ajustamento socialmente mais aceitável e pacífico às pressões internacionais, graças a um Estado-providência mais desenvolvido e a melhores relações laborais. A vantagem comparativa da Europa continua a residir na sua capacidade de minorar a existência de fortes desigualdades, o que permite um investimento na formação em longo prazo e proteção social contra todos os riscos sociais.

Ainda examinando a literatura, constata-se que na Europa não só existem modelos específicos e diferenciados de Estados-providência, como também os países de capitalismo periféricos e tardios construíram sistemas de proteção social públicos que podem ser analisados como regimes próprios de *Welfare State*², como o caso da América Latina, os quais se fazem necessário ser colocados em discussão, uma vez que o sistema protetivo em pauta nesse trabalho é o brasileiro.

2.2.1 Situando a política de assistência social nos regimes de *Welfare State*

Embora, segundo Neubourg, Castonguay e Roelen (2005), o desenho específico dos sistemas de proteção social varie de país para país, os programas sociais específicos que formam o sistema de proteção social podem ser subdivididos em benefícios contributivos e não contributivos. Os sistemas de transferência contributiva incluem a aposentadoria, o seguro

² Vale ressaltar, conforme Teixeira (2013, p.63), que o debate sobre o bem-estar na América Latina se centraliza em duas posições: a primeira de que não há Estado de Bem-Estar Social na América Latina, sob o argumento de que não há cidadania universal nessa região e provisão pública para cobrir bens e serviços universalistas; a segunda, que é possível pensar a região mediante as categorias de regime de bem-estar social e de um Estado de Bem-Estar Social, ainda em moldes particulares, subdesenvolvidos, irregulares, precários [...]. E que a posição desse estudo é também pela segunda, sob o argumento de que as políticas sociais – decorrentes de sistemas nacionais públicos de proteção social – são expressão da regulação estatal do conflito capital/trabalho pela via das políticas sociais de seguridade.

desemprego, dentre outros; enquanto os não contributivos incluem programas de assistência social a famílias e não são necessariamente limitados àqueles que pagam impostos/taxas, mas podem ser programas de renda verificada e voltados para os pobres.

No século XX, de acordo com Frota e Zimmermann (2010), no momento em que o Estado de Bem-Estar Social ganha concretude e consolidação, diversas experiências internacionais de programas de transferência de renda surgem nos países desenvolvidos. Os países nórdicos da Europa – regime social-democrata por Esping-Andersen (1991) – foram os pioneiros na introdução de programas de transferência de renda, adotados também há mais de seis décadas pelo Reino Unido, em 1948; seguido pela Finlândia, em 1956; e Suécia, em 1957. Os países baixos, por sua vez, introduziram esse tipo de proteção social na década de 1960, precisamente em 1963; e a Bélgica, em 1974. Na Alemanha, uma lei federal de auxílio social (*Sozialhilfe*) foi introduzida em 1961. No caso da França houve uma certa polêmica em torno da introdução ou não de programas de transferência de renda, o contexto foi marcado por um intenso debate, culminando com a instituição tardia da RMI (*Revenu Minimum d'Insertion*), no ano de 1988.

Para Neubourg, Castonguay e Roelen (2005), no âmbito do sistema de Proteção Social, a assistência social não contributiva desempenha um papel pequeno, residual em alguns países da União Europeia, com exceção do Reino Unido. Benefícios de doença e de invalidez possuem um forte impacto na Holanda, e os benefícios familiares são importantes na Bélgica, na França e no Reino Unido. Outros benefícios (incluindo Assistência Social) são importantes, particularmente no Reino Unido, considerado regime liberal por Esping-Andersen (1991), e também na França e na Holanda. É importante repetir que os benefícios universalistas, tais como as aposentadorias públicas e os benefícios de família são importantes no alívio da pobreza. Os recursos alocados para esses tipos de benefícios são quantitativamente mais responsáveis pelo sucesso dos programas de redução da pobreza nos países da Europa Continental, do que a assistência focalizada por verificação de renda.

Muitos benefícios sociais, segundo esses mesmos autores, são universais na Europa, tais como os voltados para crianças e idosos. Isso resulta que o escopo do sistema europeu de proteção social é bastante alto, uma vez que grande parte da população é elegível a muitos benefícios sociais. Cerca de 95% dos benefícios na Europa Continental não são baseados em verificação de renda; apenas critérios de categoria, tais como idade ou grau de deficiência, determinam a elegibilidade.

No âmbito do sistema de proteção social, os autores ainda falam que os programas de assistência social desempenham um papel residual na Europa Continental – considerada

regime conservador por Esping-Andersen (1991) –, devido à disponibilidade de outros tipos de benefícios. Além disso, os serviços universais de saúde e a educação gratuita (incluindo o ensino superior) também contribuem para uma rede efetiva de segurança social, antes que a assistência social com base em renda verificada entre em ação.

Neubourg, Castonguay e Roelen (2005) resumiram as características institucionais dos sistemas europeus de assistência social e agruparam os países em três tipos de sistemas de assistência social focalizada: seletivo, inclusivo e de apoio, os quais serão expostos no quadro abaixo³.

Quadro 2: Tipologias de assistência social na Europa

Tipologias da Assistência	Países	Características gerais e por país	Benefícios	Tipologia do Welfare State (ESPING-ANDERSEN, 1991)
Procedimento de Apoio	Bélgica, França, Alemanha e Holanda	Possuem benefícios universalmente acessíveis garantidos como direitos dos cidadãos em um nível relativamente generoso, com fortes pressões e incentivos para que os beneficiários se reintegrem ao mercado de trabalho; De modo geral, os procedimentos de assistência social são residuais, porque diversos outros procedimentos estão disponíveis e oferecem assistência social como o componente de último recurso no âmbito do sistema de proteção social; Holanda oferece os benefícios mais generosos, mas	• Renda Mínima Garantida; • Benefícios de moradia; • Benefícios familiares universais; • Benefícios condicionais de emprego.	Regime Conservador

³ É válido deixar claro que o quadro foi elaborado dispondo das duas tipologias (a de Assistência Social e a do *Welfare State*), mas se quer esclarecer que essa associação foi feita apenas para classificar a do país dentro das duas tipologias, no entanto, a tipologia de assistência não pode ser utilizada para categorizar os sistemas de proteção social como um todo, pois se encontra baseada apenas em PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL COM RENDA VERIFICADA, como bem frisa Neubourg, Castonguay e Roelen (2005).

		também possui os procedimentos mais rígidos de teste de renda e pressões de ativação fortes; Alemanha possui o sistema mais seletivo, visto que ele define seus beneficiários em termos de categorias e exige um alto nível de solidariedade familiar, antes que a assistência social entre em ação. A França e a Bélgica possuem benefícios unificados em nível nacional.		
	Suécia	Oferece os benefícios mais generosos, mas também possui os procedimentos mais rígidos de teste de renda e pressões de ativação fortes.	• Renda Mínima Garantida; • Benefícios de moradia; • Benefícios familiares universais;	Regime social-democrata
Procedimento Seletivo	Sul da Europa ou Meridional, como Itália, Portugal e Espanha	Exigem e assumem um alto nível de solidariedade dentro das famílias e entre elas. O nível de duração dos benefícios é geralmente limitado por regras e os benefícios não são garantidos nacionalmente. O poder discricionário local sobre o sistema é alto, não apenas em sua implementação como também em seu desenho; o financiamento é frequentemente deixado para o nível regional ou mesmo local, levando a enormes diferenças entre os países.	• Renda Mínima Garantida (Portugal, Espanha); • Benefícios de moradia (Itália); • Benefícios familiares universais ou de renda verificada (Itália, Portugal e Espanha).	Modelo da Europa do Sul ou Regime Conservador
Procedimento inclusivo	Reino Unido	Os procedimentos de assistência social são parte integral de um sistema de Proteção Social que se baseia altamente nos testes de renda verificada. Uma grande parte do sistema de Proteção Social como um todo é	• Renda Mínima Garantida; • Benefícios de moradia; • Benefícios familiares universais e os condicionais de emprego.	Regime Liberal

		voltada para os pobres, tendo o teste de renda verificada como sua característica básica. O teste de renda é combinado por exclusão de parte do sistema para certas categorias.		
--	--	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora com base em Neubourg, Castonguay e Roelen (2005), assim como em Esping-Andersen (1991).

Ainda segundo Neubourg, Castonguay e Roelen (2005), poucos estudos comparativos analisam o sucesso (ou a falta dele) dos sistemas focalizados de assistência social para a proteção dos segmentos vulneráveis da população, mas dados disponíveis criam evidências que levam a quatro conclusões:

- o *percentual da população* que recebe assistência social é pequeno, mas está aumentando;
- o número de pessoas que recebem um benefício da assistência social é bem menor que o número dos “teoricamente elegíveis” (taxa considerável de não atendimento);
- podemos entender porque a taxa de não atendimento é considerável;
- o não atendimento é uma preocupação política e pode ser corrigido (NEUBOURG; CASTONGUAY; ROELEN, 2005, p.17).

Desse modo, esses autores concluem seu trabalho dizendo que copiar os programas de assistência social baseados na verificação de renda que são utilizados na Europa, a fim de alcançar baixos níveis de pobreza e de desigualdade, não é um caminho viável para outros países. “Re-inventar uma versão melhorada e com adaptações locais da arquitetura da proteção social da Europa, incluindo um esquema de assistência social como um instrumento de último recurso, é uma opção interessante” (NEUBOURG; CASTONGUAY; ROELEN, 2005, p.17), com o potencial de proporcionar, gradativamente, os níveis de pobreza e de desigualdade para um nível mais baixo. Todavia, se a assistência social for incorporada com ações de prevenção, ou seja, que se antecipam e evitam os riscos sociais, ela não terá apenas um papel residual e complementar, mas ganha importância, especialmente, se conjugada com políticas universais que tem efeitos de combate à pobreza de longo alcance. Nessa perspectiva, não apenas o acesso à renda básica, como aos serviços sociais variados dirigidos às famílias e seus membros são fundamentais no enfrentamento das múltiplas expressões da questão social.

2.3 SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA: regimes de bem-estar social e suas trajetórias

Nos países latino-americanos, segundo Franzoni (2008), coexistem realidades contrastantes. Até agora os estudos sobre os regimes de bem-estar têm se baseado em médias nacionais, tanto em termos de graus de mercantilização da força de trabalho e desfamiliarização do bem-estar (FRANZONI, 2008). Isso é o correto, se a ênfase está no regime de política pública ou social que opera como tal no país como um todo.

Tendo como propósito estudar uma região tão desigual como é a América Latina, conforme Franzoni (2008), a interação entre as famílias, os mercados e o Estado é um imperativo, pois esta relação varia consideravelmente dentro de cada um dos regimes. Ou seja, a forma com os riscos sociais são coberto, se pela família, mercado ou Estado, e as interações entre esses agentes, dão origem a diferentes regimes de bem-estar social.

Andrade (2012) concorda com as desigualdades e disparidades apontadas por Franzoni na América Latina, e ainda diz mais, que pelo fato de ser uma das regiões mais díspares do mundo, gera um grande ceticismo nos estudiosos, quanto a existirem Estados de bem-estar nesse continente. Mesa-Lago (1978 *apud* ANDRADE, 2012) afirma que os sistemas de proteção latino-americanos se desenvolveram de maneira fragmentada e desigual, com grandes entraves para ampliar e universalizar a cobertura, bem como grande estratificação dos grupos sociais.

Além disso, Mesa-Lago (1978 *apud* ANDRADE, 2012) enfatiza que a natureza híbrida das instituições de bem-estar na configuração da proteção social e seus limites de expansão, demonstram a dificuldade de configuração de análise de diversos regimes de bem-estar de forma comparada.

Entendidos como constelações de práticas que realocam recursos – envolvendo Estado, mercado e família – os regimes de proteção social, segundo Andrade (2012), podem ou não incluir um grande desenvolvimento das políticas públicas. Da mesma forma, o estudo dos regimes de proteção social lança luz sobre a distribuição dos recursos ou, ainda, sobre a forma como essa redistribuição é liderada pelo Estado, família ou mercado.

A partir da classificação tipológica de Esping-Andersen, Fiori (1997) afirma que em nenhum caso da periferia capitalista, e em especial da latino-americana, aparece considerada nessas tipologias. No entanto, Laurell (2004) e Franzoni (2007) consideram que os regimes propostos por Esping-Andersen (1991) se adequariam, em certa medida, aos sistemas latino-americanos de proteção social, sobretudo por haver na tipologia deste autor uma variedade de

modelos que serviriam como padrão de análise dos sistemas latino-americanos. Da mesma forma, essas autoras ainda consideram que os modelos explicativos de Esping-Andersen (1991) estão subaproveitados na análise dos regimes de bem-estar na América Latina.

A análise dos diferentes métodos de comparação dos sistemas de proteção social nos países da América Latina é encontrada de maneira bastante sistematizada em Fleury e Molina (2002). Esses analisam as tipologias utilizadas na classificação dos sistemas de proteção social na América Latina, as quais foram desenvolvidas por três autores: (MESA-LAGO, 1978; CEPAL, 1998; FILGUEIRA, 1997 *apud* FLEURY; MOLINA, 2002). Assim como o estudo de Franzoni (2008), que devido a seu aporte metodológico traz grandes contribuições para a análise comparada dos regimes de proteção social.

Conforme Fleury e Molina (2002), o estudo comparativo desenvolvido por Mesa-Lago (1978) permite classificar os diferentes países da América Latina e do Caribe, de acordo com um conjunto de variáveis, e agrupá-las em três grupos, de acordo com o critério de antiguidade dos sistemas de seguridade social: os pioneiros, os intermediários e os tardios, conforme o quadro abaixo.

Quadro 3: Tipologia de Mesa-Lago (América Latina)

TIPOLOGIA DE MESA-LAGO (1978)		
Regimes	Características	Países
Pioneiros	São os que iniciaram o desenvolvimento dos sistemas de proteção social por volta dos anos 20. Possuem sistemas de proteção com origem fragmentada, em que cada instituição protege um grupo ocupacional diferente, por meio de subsistemas independentes. Assim, resulta em uma seguridade social estratificada, com uma estrutura piramidal, em que a grande base está coberta por sistemas de baixa qualidade. Caracterizada por sistemas frágeis, estratificados e corporativos, gerando irracionalidades, crises financeiras e ausência de políticas igualitárias.	Brasil, Chile, Argentina, Uruguai e Cuba.
Intermediários	Países que iniciam suas ações de proteção social nos anos 40, sob forte influência do Plano Beveridge e da OIT. Diferente do primeiro grupo, o desenvolvimento do sistema de proteção desse grupo esteve vinculado ao processo de industrialização e a demandas dos trabalhadores urbanos. Apresentam baixo grau de cobertura, apesar do alto volume de gastos com saúde, a existência de sistemas mais unificados, etc.	Costa Rica, Panamá, México, Peru, Colômbia, Bolívia, Equador, Paraguai e Venezuela.
Tardios	Contempla os países que iniciaram a implementação de seus sistemas de proteção nos decênios de 1950 e 1960. Apresentam baixo grau de cobertura, alta concentração dos serviços – praticamente restritos a capital – e a inexistência de uma agência administrativa central.	República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicarágua, Honduras e Haiti

Fonte: Elaborado pela autora com base em Fleury e Molina (2002).

A estratificação presente nos países pioneiros é explicada por Mesa-Lago (1978 *apud* FLEURY; MOLINA, 2002) como resultante de diversas formas de organização dos grupos de pressão na formulação e organização das políticas sociais. No entanto, Malloy (1986 *apud* FLEURY; MOLINA, 2002) atribui às elites burocráticas o papel crucial na estruturação dessas políticas, que com seu estilo patrimonialista respondem de modo seletivo, mas sem desconsiderar os modelos organizados da sociedade.

De acordo com Fleury e Molina (2002), outra maneira de analisar as políticas de proteção social na América Latina, popularizada nos trabalhos da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), concentra-se na análise do comportamento do gasto dos setores sociais, quanto ao PIB empregado em gastos com saúde e educação. Nesse intuito, a Cepal subdividiu os países latino-americanos em três regiões e o critério de divisão foi o nível de gastos do governo com medidas de proteção. A divisão proposta na análise da Cepal aponta as seguintes: gasto superior, gasto intermediário e gasto retraído, conforme se evidencia no quadro a seguir.

Quadro 4: Tipologia da Cepal (América Latina)

Tipologia da Cepal		
Regimes	Características	Países
Região de Gasto Superior	Compreende os países que possuíam gastos superiores a 400 dólares <i>per capita</i> no ano de 1998, e que apresentavam, nesse mesmo período, os maiores níveis de gastos com proteção social em relação ao PIB.	Argentina, Uruguai, Brasil, Chile, Panamá e Costa Rica.
Região de Gasto Intermediário	Compreende os países que possuíam gastos em seus sistemas de proteção social que oscilavam entre 200 e 400 dólares, em 1998.	Colômbia, México e Venezuela.
Região de Gasto Retraído	Compreende os países que possuíam gastos em seus sistemas de proteção social valores abaixo de 200 dólares <i>per capita</i> .	Peru, Paraguai, El Salvador, Bolívia, República Dominicana, Guatemala, Honduras e Nicarágua.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Fleury e Molina (2002).

Segundo Fleury e Molina (2002), a relevância do momento inicial de estruturação de medidas sociais é uma variável central para se analisar as medidas protetivas aos cidadãos e sua importância ao longo do tempo. Nesse sentido, existe certa correspondência entre a tipologia proposta por Mesa-Lago (1978) e a Cepal (1998).

Para Andrade (2012), a tipologia Cepalina, embora represente um esforço para caracterizar os sistemas de proteção social na América Latina, a sua abordagem quantitativa

negligencia importantes características macropolíticas no interior desses. Tal constatação também é feita por Fiori (1997), quando esse afirma que a tipologia cepalina deixou de lado aspectos importantes, como as relações corporativas e sua correlação com Estado/mercado/sociedade, perdendo assim as dimensões políticas e ideológicas das intervenções sociais, dificultando estabelecer relação entre essa tipologia e a desenvolvida por Esping-Andersen (1991).

De acordo com Fleury e Molina (2002), Filgueira (1997) propôs um viés mais qualitativo ao criticar a ênfase dada na classificação do nível absoluto de gastos (viés puramente quantitativo), propondo, com base nos trabalhos de Esping-Andersen (1991), estabelecer a variável como são os gastos e o efeito redistributivo dessas medidas. Nesse sentido, o autor quer dizer que se deve concentrar a análise não apenas no montante que os países investem em políticas de bem-estar, mas também nos critérios pelos quais os investimentos são feitos.

Dessa forma, a classificação de Filgueira (1997) busca, com base na classificação de Mesa-Lago (1978), propor uma nova classificação, que incorpore, além do grau de maturidade dos sistemas ou seu nível de gasto, o efeito redistributivo do gasto público social, de modo que diminuam as diferenças entre as parcelas da população.

Dessa forma, Filgueira (1997 *apud* FLEURY; MOLINA, 2002) propôs a seguinte classificação para os sistemas existentes na América Latina desde os anos 1970: universalismo estratificado, regimes duais e regimes excludentes, caracterizado no quadro abaixo:

Quadro 5: Tipologia de Filgueira (América Latina)

Tipologia de Filgueira (1997)		
Regimes	Características	Países
Universalismo estratificado	Apresentam sistemas sociais que alcançam toda a população, daí serem universais. No entanto, os benefícios aos distintos grupos da sociedade são diferentes, sendo, portanto, estratificados. O êxito do modelo de exportação dos bens primários, a força dos trabalhadores imigrantes sindicalizados e corporativos são as variáveis que permitem aos sistemas serem universais, apesar de não eliminarem a estratificação.	Argentina, Uruguai e Chile.
Regime Dual	Nesse regime, metade da população fica protegida pelos sistemas de proteção e a outra	Brasil e México.

	metade, apenas pelo mercado. É centrado no modelo de desenvolvimento de países com grandes disparidades regionais, aliadas ao seu processo de substituição de importações com grande emprego de mão de obra, reforçando a estratificação dentro a população atendida. Em regiões menos desenvolvidas desses países predominam medidas assistencialistas e paternalistas de intervenção.	
Regime Excludente	Nesse regime, são poucos os que se beneficiam do gasto social público, assim como são baixos os níveis de cobertura, havendo uma apropriação dos benefícios sociais por parte das elites locais desses países. As intervenções sociais reforçam as diferenças presentes na estrutura social desses países.	República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicarágua, Bolívia e Equador.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Fleury e Molina (2002).

Segundo Fleury e Molina (2002), a classificação proposta por Filgueira é também bastante coincidente com as anteriores. As diferenças provêm da ênfase no efeito redistributivo do gasto social, que é capturado na última classificação. Diferentemente de Mesa-Lago que identifica a estratificação como a variável crucial na caracterização dos sistemas de proteção social, o trabalho de Filgueira combina estratificação com exclusão, para entender e tipificar os sistemas existentes na América Latina.

Além disso, os autores afirmam que ao Filgueira analisar não somente o montante de gastos, mas também a orientação desses gastos, esse concluiu que é necessário aumentar o gasto social na América Latina, assim como dar um melhor direcionamento. Assim, o autor considerou as orientações de gasto social uma boa ferramenta para analisar o impacto diferencial de reformas em cada um dos casos propostos.

Mas, avançando no estudo comparativo dos sistemas de proteção social na América Latina, o estudo feito por Franzoni (2008), pós-ajuste estrutural à nova ordem mundial e pós-reformas desde os anos 80, sobre os regimes de bem-estar, nos traz relevantes considerações sobre os padrões de bem-estar na região, visto que incorpora categorias como desfamiliarização⁴, desmercadorização⁵ e mercadorização⁶, categorias que também estão fundamentadas nos estudos realizados por Esping-Andersen (1991).

⁴ Diz respeito à autonomia existente entre o acesso aos recursos e à disponibilidade do trabalho feminino não remunerado, utilizando algumas aproximações empíricas, como: a presença de cônjuges mulheres sem trabalho

Franzoni (2008) realiza uma análise da configuração dos regimes de bem-estar na América Latina e estabelece a configuração de três conglomerados básicos, a saber: Estatal Produtivista, Estatal Protecionista e Familista, que se vê caracterizado no quadro abaixo com os respectivos países que o representam.

Quadro 6: Tipologia de Franzoni (América Latina)

Tipologia de Franzoni (2008)		
Regime	Características	Países
Estatal Produtivista	Nesse regime, quando as políticas sociais enfatizam a formação do capital humano, existe uma menor ênfase na desmercantilização dos riscos, claramente na Seguridade Social. O Estado intervém em áreas em que o mercado não resolve para aquela parcela da população, em especial aos mais pobres, atuando para corrigir as falhas do mercado. Apresenta alto grau de dependência da mercantilização do bem-estar social, ou seja, do bem-estar provido pelo mercado, dada a privatização efetivada no sistema anteriormente público.	Chile e Argentina.
Estatal Protecionista	Nesse regime, o Estado intervém tanto em áreas em que há o predomínio do mercado – como a Seguridade Social – quanto aquela população que não se encontra necessariamente em condições de pobreza, como os setores médios e nos mais pobres. A proteção social e a formação do capital humano são máximas e com alto grau de desmercantilização, embora essa seja estratificada. Os riscos e a incapacidade são financiados em maior medida do que no estatal-produtivista, assim como o Estado intervém na prestação direta dos serviços, mais que no produtivista.	Brasil, Uruguai, Costa Rica e México.
Familista	Esse regime apresenta uma capacidade mínima para absorver e remunerar adequadamente sua força de trabalho. Mais da metade da população nesse regime está em condições de pobreza, sendo suas políticas públicas débeis em termos de gastos, cobertura e resultados. Os países desse regime mostram o pior cenário, pois não são exitosos em mercantilizar o trabalho, ao mesmo tempo em que a proteção social e a formação do capital humano estão desmercantilizadas de maneira mínima ou intermediária. A população necessita dos serviços e benefícios de proteção social, mas encontra enormes dificuldades para acessá-los, pois a intervenção pública é bem acanhada, cabendo à família proteger seus membros dos riscos e incertezas.	Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Equador, El salvador, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Guatemala.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Franzoni (2008).

remunerado; a proporção de famílias extensas, a presença do serviço doméstico remunerado e a presença de infraestrutura de cuidado, como creches e licenças maternidade (FRANZONI, 2002).

5 Diz respeito ao acesso da população aos bens e serviços, através da política pública por um lado e do consumo privado por outro. Os indicadores relevantes são: a cobertura dos serviços; o gasto público e privado destinado ao mesmo serviço básico, como é a saúde, o peso relativo do consumo privado em geral e os critérios de acesso ao investimento público (FRANZONI, 2002).

6 Diz respeito à capacidade de o mercado prover trabalho remunerado, assim como a qualidade desse trabalho, segundo a estabilidade socioeconômica, a proteção e outras garantias laborais. Os indicadores são: o tipo de acesso que se tem ao mercado de trabalho; se a relação é assalariada ou por conta própria; o emprego e o desemprego (FRANZONI, 2002).

Vale ressaltar, de acordo com Franzoni (2008), que embora muito menos que no regime familista, os regimes estatal-produtivista e estatal-protecionista possuem também amplos contingentes de população desprotegida, tanto do mercado quanto da política pública. Por isso, ambos são também informais: no seio das famílias e nas redes sociais de apoio as pessoas tentam múltiplas estratégias para preencher os vazios que são deixados tanto pela capacidade de satisfazer privadamente o acesso a bens e serviços, quanto da própria participação do Estado.

Em termos gerais, os regimes estatal-produtivista e estatal-protecionista alcançam altos graus de desmercantilização da força de trabalho, enquanto que o familista alcança níveis baixos ou muito baixos de desmercantilização. Já quanto ao papel da família nesses, nos regimes estatal-produtivista e estatal-protecionista as famílias e as comunidades têm um maior apoio do mercado e dos programas do Estado, enquanto que no regime familista as famílias fazem frente, por sua conta própria, do enfrentamento dos riscos sociais.

Em termos de desempenho de cada regime, segundo Franzoni (2008), há uma maior efetividade nos regimes estatais que no familista. A mortalidade infantil, a esperança de vida, a inserção na escola são três indicadores da estrutura de riscos que mostram dramáticas diferenças entre os regimes.

2.3.1 Sistemas de proteção social na América Latina: origem, desenvolvimento, crise e reestruturação

Segundo Fleury (1994 *apud* OLIVEIRA; FLEURY, TEIXEIRA, 1985), as primeiras medidas de proteção social na América Latina, nos países pioneiros (Brasil, Argentina, Chile e Uruguai), embora tenham como modelo o bismarkiano, em sua estrutura institucional e sistema de financiamento, comportarem desde então um modelo ampliado e generoso de proteção, tanto em termos de benefícios quanto das condições de qualificação. Ainda no séc. XIX, Chile, Uruguai, Argentina e Brasil o fizeram através da implantação de programas de pensões para as Forças Armadas, posteriormente para os servidores civis, e em alguns casos, para os professores (Uruguai e Argentina).

No caso chileno, de acordo com Fleury (1994), as primeiras décadas do séc. XX vão encontrar uma sociedade com forte presença de imigrantes europeus, com um intenso processo de urbanização, com a ampliação dos estratos médios ligados ao Estado. Nesse país, a criação do Ministério do Trabalho, Higiene, Assistência e Previdência Social, com três caixas a ele vinculados, conformam a principal estrutura de proteção social, no sentido de

abrir espaço para a participação dos novos setores emergentes com o processo de industrialização e urbanização.

No caso do Uruguai, segundo a autora, o modelo adotado foi o da caixa para professores com o sistema tripartite de financiamento das instituições desconcentradas, geridas por uma direção própria dos participantes. A emergência das primeiras formas de proteção denota uma postura baseada no princípio de solidariedade social, no qual a política social não visa compensar deficiências e orientar-se aos grupos excluídos, mas, sim, articular-se com o conjunto das políticas desenvolvimentistas, que garantisse a satisfação das necessidades sociais e a eliminação dos grupos mais carentes.

Na Argentina, para Fleury (1994), a forte organização sindical dos trabalhadores no início do século trazia para a cena política a necessidade da regulamentação das condições de trabalho e de reprodução social. Entretanto, as medidas iniciadas em 1915, com a promulgação da legislação dos acidentes de trabalho e a criação da *Caja de Jubilaciones* para ferroviários, não representaram uma mudança significativa na posição do Estado em relação à questão social, mas apenas uma maior receptividade às demandas. Nesse sentido, a lógica do sistema foi a de prevenção dos conflitos, desenvolvendo assim uma incipiente política social.

Já no caso brasileiro, Fleury (1994) afirma encontrar uma estranha fusão do Estado sob inspiração do liberalismo, em termos jurídicos, consagrada na Constituição de 1891, assentada sob uma organização escravocrata de produção e outra com a implantação do capitalismo, no início do século XX. A autora relata que no início do século XX, através dos movimentos grevistas lutando por melhores condições de trabalho e de salário, a resposta inicial do governo foi o aumento da repressão e das medidas legais de controle do operariado. Mas, depois, com a influência do movimento grevista, a influência internacional e a repercussão do Tratado de Versalhes, de 1917, o governo iniciou uma mudança de posição, promulgando a Lei de Acidentes de Trabalho, em 1919, e criando as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, em 1923 (Lei Elói Chaves), as quais serão melhor explicitadas no próximo tópico.

Assim, a autora afirma que a resposta estatal a várias demandas variou entre os países, em alguns em maior grau e em outros em menor grau a assimilação da proteção social e da função distributiva como parte da estratégia de desenvolvimento, assim como o enquadramento seletivo das demandas com o Estado atuando focalizadamente aos mais necessitados, a circunscrição do papel do Estado com a função de prevenção e regulação dos conflitos entre o capital e o trabalho (FLEURY, 1994).

É também diante desse contexto que Franzoni (2008) diz que na América Latina o bem-estar tem sido recorrentemente interpelado por sua ausência ou insuficiência, tanto é que no seu estudo do bem-estar não o coloca como um Estado, mas como uma capacidade de lidar com a incerteza. Em outro trabalho seu, a autora reafirma o que já fora dito nesse, que a América Latina é a região mais desigual do mundo e que cada um dos seus países é comparativamente mais desigual que a média mundial, pois pouco menos da metade dos países da região, entre eles, Honduras e Nicarágua experimentaram desigualdade extrema, enquanto outros dois, Guatemala e El Salvador, uma desigualdade ligeiramente menor.

Para Mattei (2009), do ponto de vista demográfico, 563 milhões de pessoas residiam na América Latina em 2005, sendo que a diferença desse ano para 1990 foi de 120 milhões de pessoas. Com isso, a taxa anual de crescimento populacional entre 1990 e 2005 foi da ordem de 1,6%. O autor, através de dados da Cepal (2005), diz que se persistirem essas taxas em 2015 o Continente Latino-Americano deverá ter aproximadamente 640 milhões de pessoas, com implicações diretas sobre os temas da fome e da pobreza.

Assim é que Mattei (2009, p.4) afirma que:

Diante dessa realidade, e considerando-se o fato de que na América Latina não se constituiu um Estado de Bem-Estar Social como na Europa, geram-se incerteza quanto ao futuro do Continente, especialmente quando se observa que a fome e a pobreza continuam em níveis ainda bastante elevados; que as instituições não funcionam, ou então funcionam muito mal; que os níveis de proteção são ainda muito baixos; e que a frágil democracia não consegue organizar um processo de coesão social a partir dos interesses coletivos.

Além disso, ainda em relação à América Latina, Esping-Andersen (1995) vem dizer que a política social tradicional, na maior parte desses países, pode ser melhor visualizada como uma combinação de seguros sociais ocupacionais que favorecem os já privilegiados, tais como os funcionários públicos e a aristocracia operária, com uma forte presença clientelista. Todavia, essas características eram predominantes até os anos 80, quando o Brasil adotou um modelo mais universalizante, com a Constituição Federal de 1988, e outros países como Chile, Argentina, México e outros, privatizaram total ou parcialmente seus sistemas, portanto, destruindo a proteção social pública conquistada no início do século XX.

A experiência chilena adotou um esquema de pensões baseado em fundos de aposentadoria individuais; no entanto, esses novos esquemas privados, apesar de cobrirem razoavelmente a parcela da força de trabalho mais privilegiada e segura, são inaplicáveis para a grande massa de assalariados mais marginalizados, sem falar nos desempregados. Assim, a

privatização no Chile significou, em grande medida, uma repetição de muitos erros que caracterizavam o sistema público de previdência social.

O que se percebe é que dentre todas as medidas adotadas, seja de privatização, de desregulamentação do mercado, de rebaixamento de salários ou da política de emprego, todas se combinaram com um certo grau de erosão do *Welfare State*, com sintomas de crise cada vez mais claros na década de 90, tanto na Europa central, ocidental e oriental, assim como nos países da América Latina.

Sobre a crise do Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* há diversas interpretações, tais como: para Rosanvallon (1998), é uma “crise do Estado-providência”; no Brasil, Bresser Pereira (1998) a entende como “crise fiscal”, “crise de governança” e “crise no modo de administração estatal”; já para Montañó e Duriguetto (2011), “essa crise está associada à crise capitalista de superprodução e superacumulação”, tendo, portanto, que ser entendida como desdobramento da crise estrutural do capitalismo.

Para Mandel (1982 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011), a crise de superprodução é uma interrupção do processo de reprodução ampliada de capital, provocada por uma redução na taxa de lucro, determinando redução dos investimentos e do nível de emprego, devido a uma relação desequilibrada entre a oferta e a procura por mercadorias; enquanto que a crise de superacumulação é explicada pelo mesmo autor como o período em que o excesso de capital é de tal ordem que não pode ser investido completamente, garantindo a taxa de lucro esperada.

Na passagem dos anos 1960 para a década de 70, o capitalismo entra em nova fase de crise, manifestada inicialmente pela alta do preço do petróleo, em 1973 e 1975. Assim, de maneira geral, segundo Mézaros (2009 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011), a atual crise é estrutural do sistema capitalista e tem como raiz profunda o excesso de capacidade de produção, que não encontra retorno nas vendas, o que, no início dos anos 70, leva a uma forte redução da taxa de lucro, surgindo diversas manifestações e crises particulares.

No entanto, ao mesmo tempo que a crise será um reflexo do próprio desenvolvimento capitalista, essa também será a causa da recuperação econômica e da retomada da taxa de lucro, tal como fora observado em 1973, em que a crise capitalista desencadeou uma monumental expansão financeira. Esse processo foi denominado por Chesnais (1996 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011) como mundialização do capital, em que o forte investimento financeiro como forma de acumulação é entendido como uma fase específica do processo de internacionalização do capital e de sua valorização sob contexto de crise.

No atual contexto de mundialização da economia, Montaño e Duriguetto (2011) dizem que os grupos industriais transnacionais articulados às instituições financeiras passam a exercer o comando da acumulação. Remete-se à configuração formada pelo referido bloco imperial: pelos Estados-Nação mundialmente hegemônicos; b) pelas entidades intergovernamentais e privadas de controle do capital (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, Clube de Paris, Banco Interamericano de Desenvolvimento); e c) pelas grandes corporações globais e empresas monopolistas transnacionais.

Assim, a partir das novas configurações do cenário mundial, no contexto de crise, o grande capital, agora sob hegemonia da sua forma financeira, deve reestruturar o sistema para enfrentar a crise e garantir taxas de lucros elevados, adequando-o ao interesse fundamentalmente da acumulação financeira. Desta forma:

O projeto/processo neoliberal constitui a atual estratégia hegemônica de reestruturação geral do capital – em face da crise do avanço tecnocientífico e das lutas de classes que se desenvolvem no pós-1970, e que se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho⁷ (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas “reestruturação produtiva⁸ e “(contra)reforma⁹ do Estado” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.193).

Nesse sentido, o neoliberalismo representa uma tentativa de abolir cinquenta anos de avanços sociais e restabelecer as condições socioeconômicas existentes antes do advento de governos populistas, social-democratas e outros regimes de esquerda, concluindo que o neoliberalismo representa uma profunda contrarrevolução, conforme Petras (1999 *apud* MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Para Montaño e Duriguetto (2011), os pilares do neoliberalismo são: minimização do Estado (um Estado mínimo para os direitos sociais e um Estado máximo para o capital) e a liberdade de mercado. No contexto de aumento do desenvolvimento da mundialização do capital, isso significa liberalização diferencial dos mercados e perda relativa de poder e autonomia do Estado-Nação. Valendo ressaltar, através de Soares (2010), que a ortodoxia neoliberal não se perpetua apenas no campo econômico, mas também no social, tanto no

⁷ Diversas são as modalidades de combate do capital e do neoliberalismo contra o trabalho, o primeiro tipo de medidas remete ao enfraquecimento das organizações sindicais e trabalhistas; o segundo tipo de medidas se direciona ao desprestígio das lutas e das organizações dos trabalhadores perante a opinião pública, completando-se com a desregulamentação do mercado de trabalho e precarização do emprego (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

⁸ Diz respeito à automação e à consequente substituição da força de trabalho, a subcontratação e a precarização do contrato de trabalho (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

⁹ (Contra)reforma do Estado significa dizer que não se refere a uma reforma propriamente do Estado, mas sim do capital, com o objetivo de esvaziar as conquistas sociais dos trabalhadores (grifos nossos).

âmbito das ideias como no terreno das políticas, o neoliberalismo tem impactado nos crescimentos dos índices de pobreza e de desigualdades sociais.

Tal como afirma Behring (2007), as pressões dos trabalhadores por maior proteção social foram usadas como um argumento para a defesa neoliberal do corte dos gastos sociais, escondendo as intenções reais de diminuição do custo do trabalho, ao lado da imposição das derrotas aos segmentos mais organizados dos trabalhadores.

A orientação de corte de gastos sociais do Estado, para conter o déficit público e gerar o superávit primário, segue as recomendações contidas no ajuste estrutural proposto pelos organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Interamericano de Desenvolvimento Social (BID) e o Banco Mundial (Bird), pelas quais as economias nacionais devem adaptar-se às novas condições da economia mundial.

Tal ajuste estrutural na América Latina pretende:

Desencadear as necessárias mudanças através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado. A proposta desse ajuste resume-se, para o chamado curto prazo, em diminuir o déficit fiscal reduzindo o gasto público, aplicar uma política monetária restritiva para combater a inflação e fazer prevalecer uma taxa de juros 'real positiva' e um tipo de câmbio 'real adequado'. Em médio prazo, os objetivos seriam transformar as exportações no motor de crescimento; liberalizar o comércio exterior; atenuar as regulações estatais maximizando o uso do mercado; concentrar o investimento no setor privado, comprimindo a presença do setor estatal, e promover uma estrutura de preço sem distorções (SOARES, 2002, p.205).

O referido ajuste faz parte de um conjunto geral de reformas realizadas na América Latina, que estiveram baseadas no discurso liberal contra o Estado. Tais reformas no âmbito social nem sequer têm minimizado aquilo que se considera como sequelas transitórias do ajuste, pelo contrário, têm provocado, neste processo, o desmonte dos incipientes aparatos públicos de proteção social.

Todas as reformas dos sistemas previdenciários e/ou de seguridade social na América Latina – segundo Soares (2002) – significaram seletivização dos critérios de acesso aos benefícios e em alguns casos levaram à sua privatização, com um enorme aumento dos seus custos e, sobretudo, com a redução das suas coberturas e exclusão crescente daqueles que não podem pagar diretamente por seus serviços e benefícios. A opção por políticas sociais compensatórias de corte neoliberal tem trazido graves consequências para aquelas populações que bem ou mal assistidas anteriormente, passaram a ser totalmente desassistidas pelo poder público. Daí que se produziu, segundo essa mesma autora, um Estado de Mal-Estar Social, através da desintegração do principiante Estado de Bem-Estar existente na região.

Da constituição de um Estado de Mal-Estar na América Latina se configuram alguns traços comuns a um perfil neoliberal de política social. Conforme Soares (2002), o primeiro deles é o comportamento pró-cíclico e regressivo, tanto do gasto como do financiamento do setor social, em que processos de ajuste latino-americanos veem o gasto social como elástico, reduzindo-o a um limite que deixa apenas sobreviver mecanismos compensatórios mínimos. Trazendo assim, como consequência, um esvaziamento orçamentário dos setores sociais.

Outro traço comum nas estratégias neoliberais de desestruturação dos serviços públicos é a descentralização de serviços sociais. Tal descentralização tem se caracterizado pela mera transferência de responsabilidade sobre serviços completamente deteriorados e sem financiamento para os níveis locais de governo, tendo sido vista como importante fonte de corrupção e de perda de controle fiscal. Já a privatização total ou parcial de serviços se constitui em estratégia que de algum modo acompanha a descentralização, tendo a primeira trazido, como principal consequência, a introdução de uma discriminação dual: serviços melhores para quem pode (privados), e de pior qualidade ou nulos para quem demanda o acesso gratuito (SOARES, 2002).

Uma das estratégias mais disseminadas e que acompanha as outras duas (descentralização e privatização) é a focalização. Essa é considerada por Soares (2010) como um retrocesso, pois impõe uma generalização da comprovação da pobreza como critério de acesso a programas sociais. Ou seja, somente aqueles comprovadamente pobres, via testes de pobreza, podem ter acesso aos serviços públicos. Mas essa estratégia se revela complicada, na medida em que os pobres constituem a grande maioria, senão a totalidade e, assim, o resultado tem sido, ao evitar a inclusão dos não pobres, a exclusão dos próprios pobres.

Assim ocorre o esvaziamento do setor público e o consequente dismantelamento de seus serviços sociais, os quais se fizeram acompanhar, segundo Soares (2002), por um retrocesso histórico, qual seja, o retorno à família e aos órgãos da sociedade civil sem fins lucrativos, como agentes de bem-estar social. Um exemplo disso são as inúmeras experiências de “Programas de Solidariedade”, consideradas paradigmáticas na América Latina e voltando para o contexto brasileiro, a cópia denominada de “Comunidade Solidária” na década de 90, a ser comentada no próximo tópico.

Tais programas eram baseados na retórica da solidariedade e da participação comunitária, focalizados na pobreza, de cobertura e eficácia duvidosas, não sendo sequer capazes de atenuar os problemas sociais. Além disso, dado o seu caráter residual, emergencial e temporário, fez com que seus recursos fossem utilizados de forma discricionária pelo poder público, propiciando o tão criticado clientelismo político.

Ideia também defendida por Frota e Zimmermann (2010), quando diz que as políticas de renda mínima na América Latina surgem pautadas na focalização, as quais não são vistas como um direito social, mas como uma ajuda generosa do governante. Além disso, pode-se afirmar que os programas de transferência condicionada de renda¹⁰ em curso na América Latina se apresentam fortemente a partir de condicionalidades e critérios de seleção que contemplam os mais pobres entre todos os pobres, tornando-se, segundo Cavalcante (2011), a mais nova geração das políticas sociais, com ampliação de espaço na agenda governamental.

Os países da América Latina, ainda segundo o mesmo autor, são pioneiros entre os emergentes na adoção de Programas de Transferência Condicionada de Renda, sendo que no final dos anos 90 e início dos anos 2000, os programas de transferência de renda condicionadas (PTC) assumem papel central na política de proteção social aos segmentos vulnerabilizados socialmente, conforme Pereira e Stein (2010).

De acordo com a Cepal ou Comissão Econômica para a América Latina (2009), 19 países – Honduras, Chile, Brasil, Costa Rica, Uruguai, dentre outros – desenvolvem PTC, obtendo uma cobertura superior a 22 milhões de famílias latino-americanas, das quais 12 milhões estão no Brasil (Bolsa Família) e 5 milhões no México (Oportunidades), correspondendo, respectivamente, a 83% e 71% da população que vive em situação de pobreza.

Cepal (2009) mostra ainda que o panorama social na América Latina revela uma tendência crescente ao gasto público social, desde o início dos anos 90, em 5%, com prioridade na área de assistência social e da seguridade social, seguida pela educação, que representa 4 dos 5 pontos percentuais. Assim, “frente a esse quadro social, os PTC vêm se constituindo no principal instrumento de assistência social ou complementar ao conjunto de problemas de assistência e seguridade social (ROBLES, 2009 *apud* PEREIRA; STEIN, 2010, p.123).

Segundo Fleury (1994), a Seguridade Social, seja em sua origem seja em seu desenvolvimento, passou a abarcar um conjunto diversificado de políticas sociais, identificadas como políticas de previdência, políticas de atenção à saúde e políticas de assistência social. Daí que conforme Boschetti (2008), deve ampliar as análises restritas à previdência ou pensões, uma vez que traz em seu cerne tanto a lógica do seguro quanto a

10 Termo utilizado adotado pelo Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG), antigo Centro Internacional de Pobreza. O IPC-IG é uma parceria entre o Grupo de Pobreza do Departamento de Políticas de Desenvolvimento, o Pnud e do Governo do Brasil (CAVALCANTE, 2011, p.114).

lógica da assistência, constituindo essa associação a grande inovação proposta pelo famoso Plano Beveridge.

Para Boschetti (2008), os países da América Latina, ao instituírem seus modelos de seguridade social, incorporaram estes princípios (seguro e assistência), com maior ou menor intensidade, sendo que hoje, na Europa ou na América Latina, não é possível afirmar que existe um modelo puro, uma vez que as políticas sociais conjugam características dos dois modelos, com maior ou menor intensidade.

Segundo Mesa-Lago (2004), utilizando dados da OIT (2000), os países pioneiros latino-americanos introduziram seus primeiros programas de seguro social antes dos Estados Unidos e do Japão, e toda a região contava com um seguro social associado à doença e à maternidade; enquanto que os Estados Unidos careciam de tal programa, e uma parte considerável de sua população carecia de seguro-saúde.

No caso brasileiro, segundo Boschetti (2007), os princípios de seguros predominam na previdência social e os do modelo assistencial não contributivo orientam o sistema público de saúde e a política de assistência social. No entanto, em todos os sistemas de seguridade da América Latina, as políticas incorporam elementos tanto do seguro quanto da assistência social e, assim, quanto mais diluídas e mescladas forem as características, maior será a possibilidade de universalização da seguridade social.

Nestes países, segundo a mesma autora, onde se constata uma forte predominância do mercado informal de trabalho, onde não se instituiu uma sociedade de pleno assalariamento nos termos de Castel (1995), a média de pessoas ocupadas que contribuem para um sistema de seguridade social é de apenas 38%, segundo dados da Cepal (2006), sendo o Peru o país com o menor percentual de trabalhadores segurados, com 13%, e a Costa Rica como o país com o maior percentual, 65,3%.

Dessa forma, levando em conta a lógica contributiva que prevalece no acesso aos benefícios previdenciários em todos os países da América Latina, as relações informais e precarizadas de trabalho, assim como o desemprego, constituem os principais responsáveis pelo reduzido acesso a essa dimensão da seguridade social, ou seja, aos benefícios previdenciários e de saúde que se movem pela lógica contributiva pela vida do emprego (BOSCHETTI, 2007).

Assim, “as tendências da seguridade social na América Latina e Caribe [...] revelam um cenário de forte ofensiva conservadora, que tende a derruir históricas conquistas da classe trabalhadora” (BOSCHETTI, 2008, p.194), em que as mudanças nas condições de vida da população latino-americana requerem a ampliação da seguridade social pública e universal,

que continua sendo um caminho bastante viável e necessário, mas que se coloca na contramão do avanço do neoliberalismo na região e, portanto, do desmonte da proteção social criada e desenvolvida no início do século XX pelas reformas conservadoras, em vários países latino-americanos.

Considerando que as tipologias de regimes de Estado de Bem-Estar são construções teóricas que agrupam os países por similaridades, desconsiderando as particularidades, as trajetórias históricas e os avanços ou retrocessos das reformas, é que se torna necessária a abordagem do caso brasileiro, considerando ainda o objeto de estudo desta dissertação, com foco na política de assistência social no contexto e características do sistema de proteção social.

2.3.2 Sistema de proteção social brasileiro com foco na política de assistência social

Alguns autores não admitem que o Brasil vivenciou um *Welfare State* ou Sistema de Bem-Estar Social, como se observa nos trechos a seguir: “No caso do Brasil, não tivemos propriamente a experiência do *Welfare State*” (PADILHA, 2002, p.4); “[...] pode-se dizer que na história brasileira, mesmo considerando suas especificidades, não se constituiu um sistema de seguridade social próximo do modelo que ficou conhecido como *Welfare State*” (GOMES, 2006, p.21) e “[...] o Brasil ainda não consolidou um sistema de proteção social amplo e coeso, capaz de resguardar o direito a todos os cidadãos de possuírem o mínimo necessário para uma sobrevivência digna” (FROTA; ZIMMERMANN, 2010).

No entanto, existem outros autores que afirmam exatamente o contrário, de que o Brasil vivencia sim um Estado de Bem-Estar Social, conforme se evidencia a seguir: “[...] o Brasil logrou construir um sistema de políticas sociais que, por suas definições, recursos institucionais mobilizados e mesmo alguns resultados, pode ser apreendido sob o conceito de Estado de Bem-estar Social” (DRAIBE, 2002, p.4). Ou seja, Draibe (1990) diz que o Brasil pode ser considerado um Estado de Bem-Estar Social, embora admita que esse se deu de forma embrionária ou pouco desenvolvida, até mesmo devido a condições históricas particulares ao capitalismo tardio vivenciado pelo nosso país.

Outros autores também vão defender essa perspectiva, como se observa através dos trechos a seguir: “É a partir de 1930 que se torna nítida a constituição de um “*Welfare State* no Brasil, com políticas sociais de profundo caráter conservador” (MEDEIROS, 2001, p.9);

“O Brasil possui hoje um Ebes¹¹ consolidado, que representa em torno de 23% do PIB (pouco menos de 50% se refere a gastos previdenciários) e uma fração significativa do gasto público total” (KERSTENETZY, 2011, p.93).

Desta forma, este trabalho vai utilizar a expressão Estado de Bem-estar Social ou Sistema de proteção social, por acreditar-se, assim como Draibe, Medeiros e Kerstenetzy, que o Brasil teve e tem um *Welfare State*, embora embrionário, fragmentado e com peculiaridades próprias a toda uma conjuntura histórica e política específica na qual se desenvolveu e se reestrutura na contemporaneidade, e que se os Estados Unidos com toda a residualidade do seu sistema protetivo é considerado um *Welfare State*, por que o Brasil não pode ser um também? Respeitando evidentemente as diferenças contextuais de cada país.

Esping-Andersen (1995) revela que o modelo de política social norte-americano nos anos 80 é passivo, onde houve a queda do salário mínimo e do valor dos benefícios de assistência social (seletivos), enfraquecendo ainda mais a já fraca rede de seguridade social, assim como, nesse mesmo período, houve um declínio de trabalhadores cobertos pela previdência e pelos planos de saúde. A política social norte-americana vivenciou sim o pleno emprego, embora com salários extremamente baixos, criando assim armadilhas de pobreza, pelo fato de os baixos salários desestimularem o trabalho. Para Esping-Andersen (1995), essa depreciação dos salários e benefícios sociais durante a década de 80 foi acompanhada por níveis sem precedentes de pobreza e miséria, o que por sua vez, pode ameaçar a ordem social e sobrecarregar ainda mais o *Welfare State*, tipificado pelo mesmo de regime liberal.

Portanto, se diante de todos os graves problemas sociais o país adota a baixa cobertura, seletividade, residualidade e exclusão da proteção ao conjunto da população, e mesmo assim ainda pode ser considerado um *Welfare State*. Assim, é que se defende que o Brasil, a partir do início do século XX, iniciou a criação do seu sistema de proteção social público (com a criação de políticas sociais de cunho nacional e da regulação da relação capital/trabalho) que ao longo dos anos se desenvolveu, entrou em crise e se reestruturou, mantendo o sistema público.

No Brasil, segundo Lavinhas e Varsano (1997), as políticas sociais tiveram a sua trajetória em grande parte influenciada pelas mudanças econômicas ocorridas no plano internacional e pelos impactos reorganizadores dessas mudanças na ordem política interna.

Pereira (2011) afirma que a proteção social no Brasil não se apoiou nas pilastras do pleno emprego, dos serviços sociais universais, nem estruturou, até hoje, uma rede impeditiva

11 Expressão utilizada por Kerstenetzy (2010) para se referir ao Estado de Bem-estar Social.

da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema. Situação esta que fez com que o padrão nacional de proteção social assumisse as seguintes características: ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira.

Daí que, comparado com os modelos de Estados de Bem-Estar Social constantes das tipologias construídas por vários estudiosos:

A partir de Titmuss, o caso brasileiro afigura-se como um misto ou combinação de elementos presentes na classificação de Esping-Andersen (1991), a saber: intervenções públicas tópicas e seletivas – próprias dos modelos liberais –; adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais – típicas dos modelos conservadores –; e, ainda, estabelecimento de esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviços – característicos dos regimes social-democratas. E tudo isso foi mesclado às práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política, de larga tradição no país (PEREIRA, 2011, p.126-127).

Ao esboçar a trajetória do Estado de Bem-Estar Social brasileiro, Draibe (1989) adota como ponto de partida para a periodização a década de 30; o período de 1930-1964 é definido como sendo o período de introdução e expansão fragmentada. Nesta perspectiva, a autora considera que entre os anos 30 e a década de 80, construiu-se e consolidou-se institucionalmente, no Brasil, um determinado tipo de sistema de proteção social que sofre mudanças institucionais e normativas com a Constituição Federal de 1988.

Mas, para Santos (1994), é anterior à década de 30 as primeiras medidas de proteção social no Brasil, uma vez que essa se inicia em 1919, com a proteção a acidentes de trabalho, seguida por legislação simultânea sobre velhice, invalidez e morte (dependentes) e doença e auxílio-maternidade, em 1923 (SANTOS, 1994). Posteriormente, seguida por regulamento sobre abonos familiares (1941) e, finalmente, uma espécie de auxílio-desemprego.

Em janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Elói Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, através da qual foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensão dos Ferroviários (CAPs), as quais eram organizadas por empresas e financiadas por empregados, empregadores e, por vezes, pela União. Tal fundo, conforme Santos (1994), visava garantir parte do fluxo da renda normalmente auferida pelo empregado, no momento em que ele se desvinculasse da produção – seja por velhice, invalidez ou por tempo de serviço –, ou a seus dependentes em caso de morte, além de assistência médica.

Em 1933, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estando nesses os trabalhadores organizados por categoria profissional

(marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa (SANTOS, 1994). Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM); em 1934 o dos Comerciários (IAPC) e dos Bancários (IAPB); em 1936 o dos Industriários (Iapi); e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (Iapetel).

Segundo Ferreira e Costa (2013), todas essas iniciativas se constituíram em respostas do Estado brasileiro às demandas gestadas no processo de acumulação capitalista, uma vez que o Brasil, nesse período, iniciava seu processo de industrialização e, com ele, eram evidentes as demandas da questão social, que não mais seriam possíveis de solução apenas com a ação policial, como era feito anteriormente.

Ainda segundo essas mesmas autoras, as ações empreendidas possuíam um duplo significado: de um lado, garantiam a continuidade do processo de acumulação capitalista e, de outro, proporcionavam proteção aos que eram explorados nesse processo, ou seja, aos trabalhadores, garantindo, assim, a paz necessária ao processo de industrialização.

O que se percebe, nesse sentido, é que todas essas medidas estavam voltadas para os trabalhadores, para cidadãos inseridos no mercado de trabalho regulado, daí Santos (1994, p.68) ter denominado esse processo de cidadania regulada, na qual são considerados “cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei”. Para esse autor, a cidadania esteve relacionada à estratificação ocupacional, sendo que todos aqueles que se encontravam exercendo profissões não regulamentadas eram considerados “pré-cidadãos”, como por exemplo, os trabalhadores rurais, que ainda não haviam encontrado reconhecimento até então.

Segundo Draibe (1990), entre 1945 e 1964, nos quadros limitados do regime democrático que tem vigência, segue o movimento de inovação legal-institucional (nos campos da educação, saúde, assistência social e, de forma mais tênue, na habitação popular) e se expande o sistema de proteção social nos moldes e parâmetros definidos pelas inovações do período 1930/43. Ou seja, há avanços nos processos de centralização institucional e de incorporação de novos grupos sociais aos esquemas de proteção, sob um padrão seletivo, heterogêneo e fragmentado de intervenção social do Estado.

No entanto, muito diferente será o período que vai de meados da década de 60 a praticamente meados da década seguinte, que será a fase chamada por Draibe (1990) de consolidação do sistema, a qual traz um quadro de transformação institucional e financeira do perfil da política social.

Tal quadro é constituído por acelerados processos de industrialização, urbanização e transformação da estrutura social brasileira. No plano das políticas sociais, efetivamente se

organizam os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços sociais básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação), superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, sobretudo para a implementação das políticas de massa, de relativa ampla cobertura (DRAIBE, 1990), mas, sob uma conjuntura restritiva de direitos civis e políticos do período da ditadura militar.

Essa autora aborda que nesse período se confirma a intervenção estatal na área da habitação; a introdução de mecanismos de formação do patrimônio dos trabalhadores e da assim chamada participação nos lucros das empresas (FGTS, PIS/Pasep), e embora mantendo fortes características de exclusão, o sistema de proteção avança para a inclusão dos trabalhadores rurais.

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), em 1960, assegurou o mesmo regime de benefícios, independente da categoria profissional de cada um, a todos os trabalhadores regulados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, a todas as pessoas ocupando posições no processo de acumulação, reconhecidas e reguladas pelo poder estatal (SANTOS, 1999). No entanto, a Lops deixou de fora os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os profissionais autônomos. Tendo os trabalhadores rurais sido incluídos na política previdenciária 3 anos depois, por meio da lei 4.214, de 2 de março de 1963, que instituiu o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural.

Destaca-se que esta última periodização (1964 até os anos 1980, assim como a dos anos 1930 a 1945) vai coincidir com os de maior repressão da história política brasileira, o que vai permitir inferir, segundo Ferreira e Costa (2013, p.240), que “as políticas sociais empreendidas se constituíram instrumento de adesão dos trabalhadores às ideias autoritárias vigentes nas ditaduras Vargas e militar”.

Dessa forma, sob as características autoritárias e tecnocráticas do regime que se instalou em 1964, que se completa o sistema de proteção social no Brasil, pois se define o núcleo duro da intervenção social do Estado; arma-se o aparelho centralizado que suporta tal intervenção; são identificados os fundos e recursos que apoiarão financeiramente os esquemas de políticas sociais; definem-se os princípios e mecanismos de operação e, finalmente, as regras de inclusão/exclusão que marcam definitivamente o sistema (DRAIBE, 1990).

Draibe (1990) aponta que já no final dos anos 70 e início dos anos 80, o sistema de proteção social apresenta indícios de esgotamento e crise, nos seus aspectos organizacionais, financeiros e sociais. São escassos seus aspectos redistributivos e igualitários, teoricamente presentes tão somente no âmbito da educação básica e no de saúde, além da inexistência de

mínimos sociais extensivos a todos os cidadãos, independentemente de sua posição no mercado de trabalho, fazendo com que nesta relação Estado/mercado, sejam muito frágeis os mecanismos corretores que deveriam operar através das políticas sociais. Nesse sentido, se quisermos classificar, segundo a tipologia de Titmuss aqui esboçada, define-se nosso padrão como sendo meritocrático-particularista, o qual tendeu a adquirir, desde os primórdios, conotação corporativista e clientelista, a essas características se soma o assistencialismo na intervenção do Estado, que cria um sistema denso à frente da LBA e, posteriormente, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – Sinpas, nessas duas décadas.

Os anos 80 vão se caracterizar, segundo Draibe (1990), por reformas no nosso sistema de proteção social, com o aumento e o redirecionamento do gasto social; uma reforma dos parâmetros e perfil de proteção social, segundo critérios socialmente mais justos de equidade, conferindo às políticas sociais caráter redistributivo mais forte e, finalmente, uma radical reforma administrativa da máquina estatal responsável pelas políticas sociais. No entanto, tal intento de reforma não conseguiu êxito, tendo contribuído para reafirmar o assistencialismo, o clientelismo eleitoreiro, a tutela etc. Sobretudo a partir de 1986, essas passam a ser as marcas das formas de operar as políticas sociais, o que de modo algum ganhou expressão no aumento mais que proporcional dos programas sociais tipicamente assistencialistas.

No entanto, segundo Draibe (1990), a nova Constituição de 1988 representou um avanço significativo no que se refere ao padrão brasileiro de proteção social vigente até então, uma vez que as modificações constitucionais parecem, sob um primeiro olhar, projetar um movimento que vai do modelo meritocrático-particularista em direção ao modelo institucional-redistributivo, ou seja, em direção a uma forma mais universalista e igualitária da organização da proteção social no país, pelo menos no aspecto formal.

Além disso, a universalização do acesso e a expansão da cobertura trouxe um certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção, a redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais e, enfim, o maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento de todo esse (DRAIBE, 1990).

A Constituição de 1988 introduziu ainda de forma explícita o conceito de Seguridade Social no âmbito das políticas e ações públicas e tornou obrigatória a elaboração do orçamento da Seguridade Social, que passou a integrar a Lei Orçamentária Anual. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2010, p.53), em seu artigo 194, disposto no capítulo II, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à

previdência e à assistência social”. Ou seja, tal dispositivo legal estabeleceu à Seguridade Social um arcabouço jurídico-político para uma política social de cunho universalizante e contando com mecanismos de gestão amplamente democráticos; além de instituir a descentralização e a participação popular nos mecanismos de controle das políticas sociais, uma ruptura e resgate da dívida social com a participação da população.

A assistência social, antes da Constituição de 1988 era meramente uma ação social e não uma política pública ou política de Estado. Essas ações eram sempre intermediadas pelas organizações filantrópicas e religiosas que prestavam serviços sociais, dirigidas aos segmentos. Com a LBA, a assistência social além dos serviços para segmentos mais vulneráveis e em situação de risco (crianças, adolescentes, idosos e mulheres parturientes), os benefícios eram em natura (cestas básicas, enxovais para bebê, auxílio em caso de morte, dentre outros) utilizados pelo poder público como moeda de troca e formação de currais eleitorais. Nos anos 70, também são criadas instituições públicas como a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – Funabem, e outras voltadas para a institucionalização. Essas características reforçaram as tendências do sistema de proteção social: corporativismo e paternalismo de um lado, para os inseridos no mercado de trabalho e, de outro lado, o assistencialismo para os pobres.

Mesmo com a criação do Sinpas, em que assistência e previdência estariam integradas, essa iniciativa não rompeu o assistencialismo, as ações dispersas, fragmentadas, a descontinuidade de ações e sua superposição. As características do sistema só se alteram com a Constituição Federal de 1998, como já destacado, mas a assistência social foi uma das políticas que mais teve dificuldades e restrições na sua implementação.

Com a instituição da política de Assistência Social enquanto política pública, a partir da Constituição Federal de 1988, adveio a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas), em 1993, e sua implementação ao longo da década, a partir da qual o país foi provido de um sistema nacional de assistência social, incluindo aí órgãos, fóruns, fundos e conselhos (ALVARENGA, 2011). Essas leis instituem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o principal benefício da assistência social, sendo que durante os últimos anos da década de 1990, surgiram novos programas de transferência de renda, mas de forma pouco coordenada, onde cada ministério implementava seu programa e fazia os convênios com os governos locais quando necessários.

Vale ressaltar, que com o BPC e outros programas assistenciais de transferência de renda os benefícios deixam de ser em natura (produtos pré-definidos na cesta básica) para serem benefícios monetários, no qual o beneficiário recebe um cartão com o valor do

benefício a ser gasto com os produtos de sua preferência, gerando cidadania e autonomia, na lógica dos mínimos. Todavia, enquanto o BPC é um direito reclamável, financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social, sem possibilidades de descontinuidade, no valor de um salário mínimo, os vários programas de transferência de renda são muito inferiores ao salário mínimo, são pulverizados e financiados por outros recursos da União, e não são direitos, uma vez que dependem dos governos que o implementam.

Em 2001, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), são implantados Programas como o Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à educação – Bolsa Escola, considerado pelo presidente da República, Fernando Henrique, como o maior programa de transferência de renda da história do país; o Programa Bolsa-Alimentação e o Auxílio-Gás, entre outros, os quais mais tarde seriam unificados ao Programa Bolsa Família. Além da expansão desses programas desde 1996, como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti).

Vale frisar que a Constituição Federal de 1988 traz um avanço bastante acentuado para a Política de Assistência Social, uma vez que a assegura como um direito da população, independente de contribuições prévias, sendo declarada direito social, campo da responsabilidade pública, da garantia e da certeza da provisão. Essa política prevê a proteção à família; à maternidade; à infância; à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e aos adolescentes carentes; a promoção da integração no mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências, integrando-as à comunidade (DRAIBE, 1990).

No entanto, já no período pós Constituição Federal de 1988, evidenciam fortes inspirações neoliberais nas ações do Estado no campo social. O processo de Reforma do Estado, iniciado na década de 90, “trabalha em prol de uma redução do tamanho do Estado, mediante política de privatização, terceirização e parceria público-privado, tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato” (GIMENES *et al.*, 2006, p.2).

Nesse contexto, as políticas sociais assumem características seletivas e compensatórias, deflagrando um movimento de desresponsabilização do Estado na gestão das necessidades e demandas dos cidadãos. Consoante Gimenes *et al.* (2006), o Estado passa a transferir as suas responsabilidades para as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos (ONGs) e para o mercado, fazendo com que a implementação da Loas esbarrasse em aspectos da ordem política e econômica que comprometem a sua efetivação. Daí a grande dificuldade no alcance efetivo da inclusão social, devido às perspectivas fragmentadas e

seletivas da Assistência Social que focalizam os mais pobres e não contribuem para a ampliação do caráter global da proteção social.

Essa versão não lucrativa da proteção social que vem a ser as ONGs, conforme Teixeira (2013, p.269-278):

Não é substitutiva do *Welfare State* e, sim, complementar a ele; trata-se de uma nova modalidade de relação Estado/sociedade e delinea um mix público/privado, no qual o Estado normatiza, subvenciona, estimula e a sociedade organizada realiza. [...] Trata-se de uma nova modalidade de proteção social, agora sob a rubrica de pluralismo de bem-estar, ou bem-estar misto, como alternativa que mantém os sistemas públicos de intervenção estatal, mas sob novas bases (mais restritivas, focalizadas e seletivas) e legitima as parcerias com o setor privado.

Portanto, conforme Soares (2002), vive-se no Brasil hoje uma crescente fragmentação da gestão do social. A descentralização de programas sociais tem provocado um enorme reforço do caciquismo ou do coronelismo local, expressões que no Brasil significam o reforço de esquemas tradicionais de poder das elites locais. Apesar dos avanços na política de Assistência Social, essa não ficou imune ao avanço do neoliberalismo desde a década de 90, a exemplo disso é a adoção e crescimento dos programas de transferência de renda na América latina e Brasil, com inúmeros condicionantes, efeitos das recomendações dos organismos internacionais, redirecionando a intervenção do Estado aos mais pobres. O que pode ser observado através da distribuição de cestas de alimentos nos municípios, constituindo-se no carro-chefe do Programa Comunidade Solidária no governo de Fernando Henrique Cardoso, onde proliferam todas as formas de clientelismo político e de dominação social.

Os ajustes sobre as políticas sociais no Brasil provocaram, ainda, reformas administrativas em áreas do setor público, chamadas de modernização do setor público ou de reformas do Estado (SOARES, 2002). Tais reformas vêm provocando modificações no caráter público dos serviços sociais com a sua concomitante privatização e/ou mercantilização, a qual tem sido praticada sob o argumento do sucateamento dos serviços públicos, o que vem provocando uma restrição importante no acesso e qualidade dos mesmos.

Para Mota (2008), enquanto avança a mercantilização e a privatização das políticas de saúde e previdência, reduzindo o acesso e os benefícios que lhes são próprios, a assistência social se amplia, na condição de política não contributiva, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social, na medida em que se transforma no principal mecanismo de proteção social no Brasil.

Nesse sentido, o que se observa é a assistencialização da pobreza, uma vez que a assistência social está assumindo um papel na esfera da proteção social que termina por suprir

necessidades do âmbito de outras políticas. Assim, se antes a centralidade da seguridade girava em torno da previdência, ela agora gira em torno da assistência, que assume a condição de uma política estruturadora, a partir da Política Nacional de Assistência Social, em 2004.

Ocorrendo, portanto, segundo Mota (2008), a propensão de uma clivagem da política social em torno de dois polos: a privatização e a assistencialização da proteção social, instituindo, ao mesmo tempo, as figuras do cidadão-consumidor e do cidadão-pobre, sendo esse último o objeto da Política de Assistência Social.

Pastorini (2005) também reconhece essa clivagem na política social e retrata a proteção social brasileira tendo como ponto de apoio a classificação da população em diferentes “categorias de cidadãos” que reforça a fragmentação da sociedade em grupos de indivíduos com necessidades específicas, assim definidas pela mesma:

▲ cidadãos consumidores: contempla a população que pode comprar no mercado os bens e serviços de boa qualidade e em quantidade suficiente para satisfazer as suas necessidades;

▲ cidadãos trabalhadores: contemplam os trabalhadores ainda hoje inseridos no mercado formal de trabalho (necessários para o capital) e protegidos por políticas sociais como a previdência, que oferece benefícios e auxílios com valores baixos, estimulando os trabalhadores à aquisição de seguros complementares no mercado;

▲ cidadãos pobres: contemplam os cidadãos destinatários dos programas de assistência e ações assistencialistas, voluntárias, emergenciais e, muitas vezes, clientelistas;

Desse modo, o “modelo assistencial-privatista”, chamado assim por Pastorini (2005), toma como ponto de apoio a fragmentação social, classificando os cidadãos possuidores de direitos em diferentes categorias de beneficiários das ações de proteção social, diferenciadas e focalizadas para populações específicas. Por isso, entende-se que:

A estratégia de focalizar os programas e as políticas sociais, utilizada como um dos instrumentos prioritários que orienta a intervenção social na contemporaneidade nos nossos países, fortalece-se com a clássica dissociação entre política econômica e política social, que subordina os programas sociais às políticas macroeconômicas e às regras do mercado, contribuindo, dessa forma, com o processo de mercadorização dos programas e serviços sociais (PASTORINI, 2005, p.6).

Essa nova engenharia da Seguridade Social, segundo Mota (2008), ao focalizar os segmentos mais pobres da sociedade, imprime um outro desenho à política de Assistência Social, sobretudo porque na expansão os programas de transferência de renda ganham centralidade. Portanto, o que se percebe é a dualidade entre o avanço proporcionado pela CF

de 1988 com tendências universalistas, incluindo a Assistência Social como política pública de Seguridade Social, de reconhecimento de direitos não contributivos previstos nos programas de transferência de renda BPC e Bolsa Família; e de outro lado, as orientações neoliberais de seletividade aos mais pobres e retorno dos critérios de comprovação de pobreza para ser beneficiário dos programas assistenciais.

Pereira e Stein (2010) vêm confirmar esta constatação quando afirmam que no Brasil, antes de se consolidar um padrão de proteção social universal, fortaleceram-se estratégias focalistas e discriminatórias de atenção social, orientadas por organismos multilaterais, como o Banco Mundial (Bird), o Banco Interamericano de Desenvolvimento Social (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Essas instituições, financiadoras influenciam (por imposição ou orientação) as políticas sociais, apresentam um discurso atraente de que a focalização é mais racional do que a universalidade, pois não desperdiça recursos escassos e é mais democrática, pois não passa por cima das individualidades.

Além do avanço constitucional, a assistência social progride nos anos 2000, ao instituir a Política Nacional de Assistência Social – Pnas (2004) e a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – Suas (NOB/Suas, 2005), instituindo um sistema único, descentralizado e participativo. Com estrutura pública, como os Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (Creas), de oferta de serviços socioassistenciais que permitiriam, em tese, a inclusão, na rede de serviços, dos beneficiários de ambos os benefícios, favorecendo um atendimento integral.

A Política Nacional de Assistência Social foi implantada em face de deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2004, abrindo espaço para o fortalecimento de ações no âmbito dessa política e destacando como estratégia de efetivação da proteção social a ser garantida por essa política, institui o Sistema Único de Assistência Social, que estabelece os parâmetros para a organização da oferta de serviços e benefícios no âmbito da Assistência Social (FERREIRA; COSTA, 2013).

Nesse esforço, o Sistema Único da Assistência Social hierarquiza a proteção social em básica e especial, chamadas de seguranças afiançadas e que ainda têm níveis de complexidade do processo de proteção, por decorrência do impacto desses riscos no indivíduo e em sua família. A rede socioassistencial, organizada com base no território, constitui um dos caminhos para superar a fragmentação na prática dessa política, o que supõe constituir ou redirecionar essa rede, na perspectiva de sua diversidade, complexidade, cobertura,

financiamento e do número potencial de usuários que dela possam necessitar (BRASIL, 2005a).

A proteção social básica objetiva, conforme a NOB/Suas (BRASIL, 2005a), prevenir situações de risco, através do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Os serviços dessa proteção são desenvolvidos nos Centros de Referência da Assistência Social (Cras), que são unidades públicas estatais que executam, organizam e coordenam a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social, destinada à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social, visando a orientação e o convívio sociofamiliar e comunitário (BRASIL, 2004d).

A proteção social especial, conforme a NOB/Suas (BRASIL, 2005a), tem por objetivos prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Esta proteção é realizada pelos Centros Especializados de Assistência Social (Creas), que são unidades responsáveis pelo atendimento de demandas desse nível de proteção, visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário, só que voltados às situações de violações de direitos (BRASIL, 2004d).

Portanto, sem dúvida, a inserção da Assistência Social na Seguridade Social ganhou bastante força com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social, que estabelece um conjunto de serviços mais amplos, aliada ao Sistema Único, que veio dar esse caráter descentralizado e participativo para a política, constituindo assim num grande avanço. Entretanto, não se pode perder de vista que a proteção promovida pela Assistência Social deve promover a elevação da autoestima, autonomia e inserção social, e não só as provisões sociais, constituindo assim num grande desafio.

O protocolo de ações integradas entre benefícios, serviços, programas e projetos prevê ações articuladas de modo a garantir a integralidade no atendimento das demandas da população usuária e inclusão na rede socioassistencial de serviços, principalmente dos beneficiários do BPC e do Bolsa Família. O programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e o trabalho social com família preveem acompanhamento a essas famílias, em especial às que não conseguem cumprir as condicionalidades. Essa lógica prevê articulação,

trabalho em rede e intersetorialidade no trato das demandas e é prova inconteste de que o Bolsa Família se constitui em programa de assistência social, embora seu financiamento não seja pelo Fundo Nacional de Assistência Social.

3 CONSTITUIÇÃO E TRAJETÓRIA DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Os sistemas de proteção social europeus desde suas origens adotaram benefícios sociais, contributivos ou não, entre eles os de renda mínima a grupos específicos, com o objetivo de garantir cidadania e uma vida digna dentro dos padrões de cada país. Os mais universalistas oferecem benefícios generosos e uma rede de serviços sociais estatais, como os países nórdicos. Todavia, nos anos 1990 há uma tendência mundial, em especial nos países latino americano, de criação de benefícios de transferência monetária de renda, influenciados pelos organismos internacionais como mecanismo de combate à pobreza e aos danos do ajuste estrutural à nova ordem mundial. O crescimento desses programas e a centralidade que assumem nos sistemas de proteção social desses países, são apontados como uma tendência de focalização e seletividade dos sistemas.

O objetivo deste capítulo é abordar todo o panorama dos programas de transferência de renda na América Latina, fazendo uma diferenciação dos benefícios condicionados de renda e os não condicionados, as experiências pioneiras, com quadro expositivo dos programas desenvolvidos em grande parte dos países deste continente, apresentando as características que os assemelham e as que os distanciam, mostrando as disparidades que existem entre países de um mesmo continente e, muitas vezes, vizinhos.

Dentro do contexto latino-americano, será dada ênfase ao Brasil, país alvo de discussão deste trabalho, apresentando toda trajetória histórica e política que permearam o desenvolvimento dos programas de transferência de renda no país, dando, mais uma vez, especial ênfase para os dois grandes programas de transferência de renda do país: o Bolsa Família e o BPC, apresentando suas legislações, características, condicionalidades, desenho e rumo apontado por ambos.

Concluindo com uma discussão a respeito de seletividade, focalização e universalização das políticas sociais, com foco na Assistência Social, abordando os teóricos e as concepções que defendem em relação às citadas categorias.

3.1 PANORAMA E CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA AMÉRICA LATINA

Segundo Silva (2014), a proteção social na América Latina foi marcada, dos anos 1980 a início dos anos 1990, por programas de pequena escala, fragmentados, efêmeros e sem impactos relevantes, sendo que a partir da segunda metade dos anos 1990, verificou-se a

implantação e disseminação de Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC), embora apresentem especificidades históricas em cada país.

Os países da América Latina, conforme Cavalcante (2011), são pioneiros entre os emergentes, na adoção de Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTRC), sendo que 18 países deste continente já adotam essas políticas; na África são 36, enquanto que na Ásia e no Pacífico o número chega a 16, segundo monitoramento do Centro de Política Pública Internacional para o Crescimento Inclusivo (IPC-IG).

Mas o que são Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTRC)? Permite-se inferir, a partir de Mattei (2009), que os programas de transferências de renda podem ser classificados como programas de Assistência Social às famílias pobres e extremamente pobres, tendo por objetivos melhorar as condições de saúde e de educação dessa parte da população excluída socialmente do mercado de bens e serviços, possibilitando assim uma redistribuição da renda e dos recursos.

Mattei (2009) afirma ainda que os programas de transferência de renda podem ser de dois tipos: os condicionados e os não condicionados. Esses últimos normalmente não são recomendados pelos agentes financeiros de desenvolvimento, embora existam algumas experiências em curso na América Latina, como é o caso do Equador. Entretanto, o modelo padrão dos programas de transferência de renda que prevalece na América Latina diz respeito aos condicionados, ou seja, exigem as condicionalidades, que são as atividades que os beneficiários devem realizar para continuar recebendo regularmente os recursos financeiros como, por exemplo, atividades relacionadas ao comparecimento das crianças às escolas e ao comparecimento das famílias às ações de saúde e nutrição.

No entanto, essas condicionalidades são bastante controversas no debate dos programas de transferência de renda, uma vez que possuem, segundo a Cepal (2006), o lado positivo de combinar, para o alívio imediato da pobreza, o fortalecimento do capital humano das novas gerações, condicionando a ajuda monetária a requisitos educacionais ou de saúde; mas por outro lado, conforme o CIP (2008), tem o lado negativo quando a simples existência de condicionalidades acaba excluindo pessoas e localidades da assistência dos programas, tendo em vista as diferentes condições de acesso aos serviços ofertados.

Nesse contexto, Stein (2008) chama os programas de transferência de renda de programas de renda mínima, os quais têm ganhado espaço privilegiado nas estratégias de enfrentamento à pobreza tanto na América Latina como em países do capitalismo central. Estas rendas mínimas, segundo a mesma autora, seriam a ‘última’ rede de segurança econômica de Assistência Social, consistindo em transferências monetárias do Estado às

famílias, tendo sua origem associada ao amadurecimento dos Estados de Bem-Estar Social europeu.

Pereira e Stein (2010) vão de encontro a Silva (2014) quando afirmam que a partir da segunda metade dos anos 1980, diversos tipos de políticas e programas foram colocados em marcha na América Latina, só que ao invés da universalização foi adotada a focalização nesses. Ainda segundo essas mesmas autoras, a maioria dos países latino-americanos lançou mão dos Fundos Sociais ainda na década de 1980, a partir da experiência do Fundo de Emergência Social (FES), da Bolívia, tendo-se expandido nos anos 1990 com o Fundo de Investimento Social (FIS).

Assim, enquanto o FES se apoiava na criação de emprego massivo e rápido com o objetivo de propiciar renda mínima aos desempregados, o FIS buscava criar emprego produtivo permanente, identificando-se na resposta às demandas por projetos gerados no âmbito local e na transferência de recursos para organizações da sociedade civil (PEREIRA; STEIN, 2010). Tais fundos, concebidos como programas de proteção temporários, transformaram-se em instituições permanentes, os quais não conseguiram alterar a situação de pobreza registrada na década de 1980.

As Políticas de Assistência constituíam o ponto fraco dos sistemas de proteção social na América Latina, conforme já mencionado neste trabalho, uma vez que esses tinham como preocupação maior a previdência (aposentadorias e pensões) e o provimento de serviços de saúde. A Assistência Social, segundo Dulci (2009), era tradicionalmente prestada por entidades filantrópicas, muitas delas ligadas à Igreja Católica, cuja influência na formação das sociedades latino-americanas foi muito grande. Mais recentemente, entidades empresariais e cívicas assumiram papéis assistenciais, conforme as ideias contemporâneas da responsabilidade social das empresas.

Os governos atuavam, mas não de forma a estruturar políticas efetivas. Assim, em um cenário de ajustes estruturais e reforma pró-mercado, do fim do século XX, o problema da pobreza se colocou no centro da agenda governamental, conforme Dulci (2009). Sobretudo devido às diversas dificuldades em sua economia, porque estava passando a região latino-americana, sendo adotadas as políticas focalizadas de combate à pobreza, tendo como alvo os setores mais vulneráveis.

Os programas de Assistência Social que foram lançados para atender aos segmentos pobres, de acordo com Dulci (2009), tinham características semelhantes em todos os países da região latino-americana, tais como: formas mistas de parceria público/privada, sistemas

decisórios fortes e nacionais, as transferências de recursos tendiam a ser fracas e insuficientes, e eram focalizados, embora com critérios diferenciados.

Vale ressaltar que a América Latina abriga profundas dessemelhanças entre as poucas afinidades, segundo Kerstenetzky (2012), entre as quais podem ser incluídos os altos níveis de desigualdade, os baixos patamares proporcionais de gasto social e carga tributária, com exceção do Brasil, por exemplo, além de um passado (quase) comum de colonização ibérica. Nesse jogo de dessemelhanças e afinidades, as primeiras chamam bem mais atenção.

Kerstenetzky (2012) aponta que o produto interno bruto *per capita* da Nicarágua é um décimo do argentino; o gasto social brasileiro como proporção de produto é quatro vezes o do Equador; da mesma forma, mais de 80% da população chilena têm acesso a rede de esgoto, enquanto pouco mais de 80% dos paraguaios têm esse ‘privilégio’. Em relação aos critérios educação e níveis de pobreza: enquanto mais de 30% dos nicaraguenses são analfabetos; em Cuba, a proporção é inferior a 3%; enquanto mais de 50% dos paraguaios são pobres; no vizinho Uruguai, a proporção cai para um décimo da população. Em síntese, a visível heterogeneidade leva a autora a inferir sobre vários mundos na América Latina.

Essa heterogeneidade aparece também em relação ao fator desigualdade social, já mencionada neste trabalho, pelo fato de a América Latina ser a região com a maior desigualdade de renda do mundo (COBO, 2012), com índices de desigualdade que variam de 0,412 no Uruguai a 0,594 no Paraguai. De acordo com Cobo (2012), em países como Honduras, Guatemala, Paraguai, Nicarágua e Bolívia, mais da metade da população é considerada pobre, e em apenas três países (Uruguai, Chile e Costa Rica) esses percentuais ficam abaixo de 20% da população.

É importante ressaltar, segundo a mesma autora, que nas décadas de 80 e 90, em meio a toda essa situação social, muitos países ainda não contavam com seguro-desemprego, e a cobertura da Assistência Social, quando existente, era extremamente limitada. Sendo, portanto, diante de todo esse contexto, que Cobo (2012) afirma que surgiram as redes de mínimos sociais focalizados nos grupos sociais mais vulneráveis e que rapidamente se espalhavam pela região.

Para Mattei (2009), as ações se destinam preferencialmente aos grupos mais vulneráveis da população, visando, por um lado, criar compensações sociais devido aos desajustes gerados pelo modelo de desenvolvimento econômico (desemprego, queda da renda, exclusão, etc.) e, por outro, proteger minimamente aquela parcela de cidadãos submetidos ao círculo vicioso da pobreza e da desigualdade.

Vale registrar, também, que o ideário da ‘focalização’ procura justificar sua existência exaltando as falhas e os defeitos existentes nas redes tradicionais de Assistência Social. Neste caso, destacam-se, segundo Mattei (2009, p. 9):

a) os programas de assistência social normalmente não têm uma abrangência adequada, gerando, inclusive, distorções no atendimento do público prioritário; b) os programas de assistência social geralmente são ineficientes devido, sobretudo, ao alto custo administrativo, levando à redução efetiva dos recursos destinados às famílias pobres; c) muitos programas sociais apresentam sobreposição de ações, além de metas difíceis de serem atingidas; d) a maior parte desses programas destina pouca atenção aos problemas estruturais da pobreza.

Portando, de acordo com o mesmo autor, os programas de transferência de renda procuram atacar problemas crônicos das populações pobres, especialmente nas áreas de alimentação, nutrição e cuidados básicos de saúde, assim como empreender ações voltadas para o desenvolvimento do capital humano, particularmente nos casos em que se busca melhorar o nível educacional dos membros das famílias pobres. Por isso, todos eles têm praticamente o mesmo design (focalização das ações) e as mesmas condicionalidades (atividades nas áreas de saúde, educação e, em alguns casos, nutrição).

Cecchini e Madariaga (2011), valendo-se de relatórios da Cepal (2000, 2006), afirmam que os programas de transferências condicionadas de renda, chamados pelos mesmos de PTC, procuram avançar na universalização dos direitos sociais e econômicos de todos os cidadãos, começando por quem se vê mais privado de seu exercício, que são as pessoas que vivem em situação de pobreza e que a política social vai além do que apenas combater a pobreza, como construir sociedades com maior coesão social e equidade; assim, diante da escassez de recursos, a seletividade é imposta como forma de assegurar que a transferência de renda e serviços sociais chegue à população mais pobre, sendo este discurso utilizado para legitimar a seletividade como melhor opção de combate à pobreza

Ressalta-se que dos 18 países com programas de transferências condicionadas de renda já implantados na América Latina, a primeira experiência foi desenvolvida em Honduras, em 1990, com o *Programa de Asignación Familiar* – PRAF. Esse programa, Magro e Reis (2011) consideram que inicialmente se tratava de uma tentativa relativamente precária, em função das dificuldades orçamentárias do governo hondurenho, devido ao impacto negativo resultante das políticas de ajuste estrutural, mas que ganhou amplitude em 1998, com o chamado PRAF/BID Fase II.

A partir da Fase II o objetivo passou a ser promover o investimento no capital humano das crianças das famílias mais pobres do país e, portanto, quebrar o ciclo intergeracional da

pobreza (MAGRO; REIS, 2011). Essa fase vigorou até o ano de 2005, sendo substituída pelo PRAF/BID Fase III, que funcionou no período de 2006 a 2009, sendo ambos financiados pelo BID e apoiados por outros órgãos internacionais. Em 2010, segundo os autores, foi criado o Bono 10.000 *Educación, Salud y Nutrición*, que busca vincular as transferências monetárias às ações intersetoriais em três áreas: educação, saúde e nutrição; e a inserção em outros programas sociais.

O segundo programa e o mais conhecido internacionalmente foi o federal mexicano, criado inicialmente sob o nome de Programa de Educação, Saúde e Alimentação (Progres), em 1997, sendo que em 2001 recebeu o nome de Oportunidades. Segundo Magro e Reis (2011), enquanto o Progres era voltado apenas para as áreas rurais, o Oportunidades incluiu também a chamada ‘pobreza extrema’ das áreas urbanas e ampliou os subsídios de educação para cobrir a escola secundária.

O Oportunidades, a partir de 2002, com foco no combate à pobreza extrema e na redução da evasão escolar e das taxas de mortalidade materna e infantil, segundo Cavalcante (2011), passou a incluir novos elementos e ampliar sua cobertura de 300 mil famílias para cerca de 5,8 milhões de famílias atualmente (23% da população mexicana).

Esse mesmo autor ressalta que os benefícios financeiros são pagos bimestralmente, por meio de instituições bancárias, e possuem três componentes: um incondicional para idosos acima de 70 anos, no valor de US\$ 23; e dois condicionais de educação e de nutrição e saúde. O primeiro é pago como bolsa de estudo por dez meses (período letivo) e varia de 11 a 69 dólares por criança, de acordo com o nível educacional. Além disso, caso complete o ensino médio, o aluno recebe uma poupança de US\$ 300. Na área de saúde e alimentação, a família é contemplada com um pacote básico de serviços de saúde e também um benefício de US\$ 16 mensais ou bimensais para ajudar na complementação nutricional de crianças menores de cinco anos e/ou lactantes.

Também em 2002, conforme Cavalcante (2011) foi implantado o programa de transferência condicionado de renda chileno chamado Chile Solidário, voltado à erradicação da extrema pobreza. Esse apresenta caráter intersetorial bastante significativo, atendendo a totalidade de famílias extremamente pobres, ou seja, cerca de 300 mil ou 6% da população chilena, sendo 50% chefes de família do sexo feminino. A transferência monetária é realizada por meio do programa *Puente*, direcionado, sobretudo, às donas de casa, com duração máxima de dois anos e decréscimo do benefício a cada seis meses.

Em relação às condicionalidades, os beneficiários devem participar de atividades monitoradas por visitas domiciliares que buscam avaliar a qualidade de vida com base em sete

dimensões: saúde, educação, condições habitacionais, emprego, renda, dinâmica familiar e identificação (CAVALCANTE, 2011). No entanto, assim como as outras políticas de PTC, o Chile Solidário também penaliza a família em caso de não cumprimento dos compromissos, com o fim do pagamento do benefício.

Um outro programa posto em destaque por Cavalcante (2011) foi o da Colômbia, chamado *Familias em Acción*, criado no ano de 2000, diante da necessidade de reduzir o impacto das crises econômicas que afetaram o país na segunda metade da década de 90. O seu desenho atual foi elaborado em 2006 e faz parte de um conjunto de ações da rede de proteção social e combate à pobreza, também chamado de *Juntos*. Essa política se propõe a promover a inclusão efetiva de famílias pobres na estrutura dos serviços públicos prestados pelo Estado e, assim, torná-las capazes de superar a situação de pobreza.

Segundo Cavalcante (2011), a política está presente em mais de 70% das municipalidades e possui um orçamento de cerca de 0,1% do PIB. Quanto à focalização, a prioridade é atingir os 20% dos domicílios mais pobres em cidades com menos de 100 mil habitantes e com infraestrutura de educação, saúde e bancária. Quanto aos compromissos das famílias, também chamados de corresponsabilidades, compõem-se de três componentes: educação – frequência mínima de 80% das crianças de 7 a 18 anos; saúde – visitas clínicas que variam de acordo com a idade da criança; e saúde e educação da família – as mães devem participar de encontros e sessões de treinamentos organizados no nível municipal (CAVALCANTE, 2011).

Os programas já pontuados serão expostos abaixo em um quadro com mais dados explicativos de seu público, condicionalidades, cobertura, entre outros aspectos, além de outros programas de transferência condicionada de renda, existentes em outros países da América Latina.

Quadro 7: Programas condicionados de transferência de renda na América Latina

País/Ano de início	Nome	Público	Condicionalidade	Cobertura
Chile (1981)	Subsídio Unitário Familiar	Mães com FP(4) com crianças em idade escolar, grávidas ou cuidadoras de inválidos	Frequência escolar e acompanhamento de saúde de crianças	954 mil estudantes (6,3 % pop.)
Chile (2002)	Chile Solidário	FEP (Proxy meanstest - comprovação de renda)	Participação nas atividades acordadas com assistentes sociais	290 mil famílias (6% pop.)
México (1997)	Progres/ Oportuni	FP c/crianças até 18; grávidas e cuidadoras	Suplementação nutricional p/crianças	5 milhões famílias

	dades		<5; frequência escolar e conclusão do nível médio p/8-18; acompanhamento médico para todos os membros; palestras sobre saúde e nutrição para mães	(23% pop.)
Colômbia (2001)	Famílias em Acción	FP c/crianças até 6 anos (Bolsa Nutrição) e de 7-17 anos (Bolsa Escola)	Acompanhamento de saúde de crianças <6 e frequência escolar para 7-17	400 mil famílias (3,6% pop.)
Costa Rica (2000)	Programa Superémos	FP com crianças de 6-18 anos (foodstamp)	Frequência escolar	12.234 famílias (1,2% pop.)
Jamaica (2001)	PATH	FP com crianças de até 17 anos, grávidas e nutrízes; idosos >65; pobres deficientes e destituídos	Acompanhamento de saúde de crianças <6 e frequência escolar para 6-17	220 mil pessoas (8% pop.)
Brasil (2003)	Bolsa Família	FEP(2) com RFPC(3)<US\$38,5 e FP com RFPC<US\$77 com crianças e adolescentes (0-17 anos)	Frequência escolar, vacinação e acompanhamento de saúde de crianças, grávidas e nutrízes	11,1 milhões de famílias (24% pop.)
Peru (2005)	Juntos	FP em áreas rurais	Acompanhamento de saúde de grávidas e crianças <5 e frequência escolar para 6-14	336.555 famílias (5,3% pop.)

Fonte: Cobo (2012 *apud* GROSH *et al.*, 2008)

Nota: FP(4) = família pobre; FEP(2) = família extremamente pobre; RF(1) = renda familiar nominal mensal; RFPC(3) = renda familiar per capita nominal mensal

Através dos relatos das primeiras experiências e do quadro explicativo dos programas de transferência condicionados de renda, permite-se inferir que esses países implantaram programas focalizados, destinados aos mais pobres, buscando abranger indivíduos ou famílias que se encontravam em situação de pobreza ou miserabilidade – fossem elas estruturais, criadas ou agravadas pelas transformações econômicas e sociais do período –, os quais propiciaram uma maior concentração de renda atrelada a índices elevados de desigualdade social (MAGRO; REIS, 2011).

Todos eles, de certa forma, têm um objetivo em comum, que é segundo Mattei (2009), combater a pobreza através de melhorias nas condições sociais das famílias classificadas como pobres, por meio de ações dirigidas ao combate da desnutrição, visando reduzir as taxas de mortalidade infantil; ao suplemento alimentar e nutricional de crianças e adolescentes; aos cuidados com a saúde básica; bem como ao estímulo à melhoria da formação do capital humano.

No geral, conforme Mattei (2009), observa-se que a maioria das experiências em cursos define um conjunto de condicionalidades que geralmente estão ligadas a alguns compromissos que os beneficiários devem cumprir durante a execução do programa. Tais como:

Compromissos dizem respeito às áreas de educação (manter os filhos menores de 18 anos matriculados e frequentando as escolas) e de saúde (participar das campanhas de vacinação, realizar exames médicos preventivos e manter uma regularidade de participação nas atividades programadas). São poucos os casos em que os beneficiários não precisam cumprir nenhum compromisso para continuar recebendo os benefícios (MATTEI, 2009, p.19).

Portanto, desde o surgimento dos programas de transferência de renda, na América Latina como um todo, eles estão pautados na ideia de focalização. Os referidos programas, geralmente, não são vistos como um direito social de cidadania, mas como uma ajuda generosa dos governantes (MAGRO; REIS, 2011). Assim, em linhas gerais, apresentam-se a partir de condicionalidades e critérios de seleção que contemplam os mais pobres entre todos os pobres, construindo uma ótica residualista de diminuição da pobreza e uma perspectiva fragmentária ao excluir famílias que não se encaixam nos critérios, mas que também são pobres, expressão concreta da seletividade.

3.2 TRAJETÓRIA E CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL

É válido fazer uma retrospectiva pelos antecedentes dos programas de transferência de renda do Brasil, partindo de uma análise histórica da instituição dos mínimos sociais no âmbito do Estado brasileiro que, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), tem sua primeira iniciativa com a instituição do salário mínimo, em 1934 ou 1940, com sua efetiva implantação. Para os autores, não resta dúvida que essa instituição significou o estabelecimento de um salário base, o qual visa garantir condições de alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e educação para o trabalhador e sua família.

No entanto, há que se registrar que o salário mínimo só tem significado de uma renda mínima para os trabalhadores legalmente inseridos no mercado de trabalho, deixando de fora, portanto, a grande maioria da população que participa do mercado informal de trabalho.

Em 1986, foi instituído o Seguro-Desemprego que, de acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), pode ser considerado outra forma de mínimos sociais no âmbito do Sistema de Proteção Social Brasileiro. Esse é um benefício temporário concedido em forma de transferência monetária, em valor não inferior a um salário mínimo, pago de três a cinco

parcelas, com variações de valor, dependendo de cada caso. Vale ressaltar que tal benefício é integrante da Seguridade Social, garantido no art. 7º dos Direitos Sociais da Constituição Federal (BRASIL, 2010).

No campo dos mínimos sociais também pode ser incluído o abono salarial no valor de um salário mínimo, destinado anualmente aos empregados que tenham percebido de empregadores que contribuem para o Programa de Integração Social – PIS, ou para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – Pasep, até 2 salários mínimos médios de remuneração mensal no período trabalhado e que tenham exercido atividade remunerada pelo menos 30 dias no ano-base (SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012).

Além do salário mínimo instituído para os trabalhadores, as aposentadorias urbanas e rurais, de caráter contributivo, o Seguro-Desemprego, a Renda Mensal Vitalícia que foi substituída pelo Benefício de Prestação Continuada, de caráter não contributivo, assim como outras transferências monetárias identificadas no Estado de Bem-Estar Brasileiro, são alguns benefícios, de acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), de caráter assistencial, pontual, eventual e emergencial, direcionado aos pobres, sobretudo diante da problemática de crianças nas ruas, em situação de risco social ou no caso de calamidade pública.

Quanto às discussões teóricas, o ano de 1975 pode ser considerado o marco da primeira discussão, no Brasil, sobre a introdução de um programa de renda mínima (não contributiva), que segundo Suplicy (2013), coube a Antonio Maria da Silveira escrever, nesta data, a primeira proposta de garantia de renda mínima para o país, no artigo denominado ‘Redistribuição de Renda’. Esse criticava a ineficácia dos métodos até então adotados para combater a pobreza, propondo, assim, que essa fosse atacada diretamente por meio do imposto de renda negativo.

Mas, o que seria o imposto de renda negativo? Para Parijs (2013, p.260-261), um imposto de renda negativo diz respeito:

A uma dedução do imposto de renda devido por cada família (de uma determinada composição) no mesmo valor fixado, enquanto paga como um benefício em dinheiro a diferença entre este valor e o imposto devido sempre que esta diferença for positiva. [...] Alguém que não tenha renda e, portanto, nenhuma obrigação de pagar imposto de renda, receberá um valor igual ao da renda básica. À medida que a renda aumentar, o benefício será reduzido, como no caso de sistemas convencionais condicionados à situação financeira dos beneficiários, porém, em um ritmo mais lento, na verdade, em um ritmo que manterá a renda de transferência após a entrega da declaração exatamente no mesmo nível do sistema de renda básica correspondente.

Neste sistema de imposto de renda negativo as transferências se dão num único sentido, ou seja, ocorrem as transferências positivas (ou impostos negativos) para as famílias

que estão abaixo do chamado ponto de equilíbrio, que consistiria em um equilíbrio entre a renda bruta e a líquida, capaz de satisfazer as necessidades básicas da população; enquanto ocorreriam as transferências negativas (ou impostos positivos) para famílias que estão acima desse ponto. Nessa lógica, quem precisa atingir esse ponto de equilíbrio recebe uma renda básica e quem já o superou paga imposto.

Segundo Salvador (2013), nos países de inspiração neoliberal, como é o caso do Brasil, que adotam a renda mínima em dinheiro como substituta da forma estatal de produção de bens e serviços sociais, significa uma visão residual do fundo público e de sua política social. Dessa forma, o fundo público só deve propiciar aquilo que o indivíduo não pode obter via mercado ou via recursos familiares, ou ainda da comunidade. Para o autor, o Estado assume a renda mínima, que também é chamada de imposto negativo ou dividendo social, e repassa para o privado os demais serviços sociais, o que configura uma desresponsabilização do Estado pela prestação de serviços públicos nas mais diversas políticas públicas.

Agora, retornando para o contexto do debate das transferências de renda, Suplicy (2013) expõe que os autores Edmar Lisboa Bacha e Roberto Mangabeira Unger propuseram, no livro “Participação, salário e voto”, a instituição da reforma agrária e de uma renda mínima por meio de um imposto de renda negativo, como instrumentos fundamentais para a democratização da sociedade brasileira. Segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), os autores agora citados defendiam essa complementação de renda financiada pelos 10% mais ricos da população, àquelas pessoas que tivessem uma renda abaixo do mínimo estabelecido.

Portanto, todas essas propostas e discussões influenciaram o Projeto de Lei nº 80/91, apresentado por Eduardo Suplicy para a instauração do Programa de Garantia da Renda Mínima - PGRM para o Brasil, o qual foi aprovado por unanimidade no Senado Federal. Esse projeto de lei beneficiaria, sob a forma de imposto negativo, todas as pessoas residentes no país, maiores de 25 anos e que obtivessem rendimentos mensais inferiores a R\$ 45.000, que correspondiam a 2,5 vezes o salário-mínimo efetivo da época.

Suplicy, no prefácio do livro de Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), conta que somente após ter apresentado o Projeto de Lei nº 80 no Senado, é que passou a ter conhecimento da Bien ou *Basic Income European Network*, transformada, em 2004, na *Basic Income Earth Network*. A Bien (Rede Europeia da Renda Básica) foi fundada em 1986 para constituir-se num fórum de debates sobre todas as experiências no mundo de transferências de renda, como renda mínima, imposto de renda negativo, renda básica, entre outros, e também para defender que em cada país da Europa e do mundo venha a se constituir uma renda básica incondicional.

Ainda no prefácio, Suplicy diz que Maria Ozanira foi a primeira brasileira a se tornar sócia vitalícia da Bien, que teve como fundadores Philippe Van Parijs, Clauss Offe, Guy Standing, o premiado com o Nobel da Economia James Edward Meade e tantos outros que passaram a se reunir bienalmente para debater as experiências de cada país e para aprofundar suas convicções sobre a conclusão a que haviam chegado: de que a forma mais racional de renda seria a de se pagar a todas as pessoas, em cada país, uma modesta renda, na medida do possível suficiente para atender as suas necessidades, não importando a sua origem, raça, sexo, credo, condição civil ou socioeconômica. Com o tempo, essa renda aumentaria, acompanhando o progresso da economia e resguardando o direito de todos participarem da riqueza da nação.

Voltando para o momento histórico, no caso da aprovação da Lei nº 80, vivia-se no Brasil talvez a maior crise recessiva desde os anos 1930, estando toda a atenção do governo e da opinião pública, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), voltada para o combate à inflação crescente e para os problemas decorrentes do endividamento externo. Nesse momento, o foco era com o crescimento da economia e com uma política de exportação, não havendo espaço para qualquer política de enfrentamento à pobreza e de redistribuição de renda, pois se acreditava que a estabilidade da moeda e crescimento da economia provocaria a superação da pobreza.

Para esses autores, desde 1993 já vinha ocorrendo a retomada do crescimento econômico do país e, a partir de 1994, começava-se o processo de estabilização da moeda nacional, com a implantação do Plano Real. Ainda focando o ano de 1993, há que se ressaltar, segundo Pereira (2011), que no referido ano Itamar Franco, o então presidente, readmitiu funcionários públicos demitidos por Collor e instituiu o Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida (PCFMV), o qual se pautou em três princípios-chave: a solidariedade privada, a parceria entre Estado, mercado e sociedade e a descentralização da provisão social.

Esse Plano teve como órgão coordenador consultor o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Conseas) e como mentor intelectual o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Esse, apostando na solidariedade da sociedade, coordenou uma reconhecida campanha nacional de combate voluntário contra a fome e a miséria no Brasil (MACEDO *et al.*, 2009). Contudo, o PCFMV teve vida breve, pois os impasses institucionais, financeiros e logísticos se impuseram, tornando inviável, segundo Pereira (2011), o sucesso da campanha.

Finda o governo Itamar Franco, foi eleito presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, para o período de 1995 a 1999, o qual teve como bandeira de campanha política a

continuidade da estabilidade econômica e reformas na Constituição Federal, segundo Pereira (2011), cuja preocupação central era inserir o Brasil na economia globalizada.

Quanto às políticas sociais, o marco do governo de Fernando Henrique, segundo Wanderley (2008), foi a criação do Programa Comunidade Solidária – PCS, em 1995, que veio substituir o PCFMV, e pretendia ser um novo modo de enfrentar a questão social, tendo como base a integração e a descentralização das ações de governo e de uma abertura à participação e parceria com a sociedade. Mas, na ótica do discurso crítico, salientam-se: o Programa como estratégia neoliberal do governo FHC, a fragmentação da política de Assistência Social, a transferência de responsabilidade do Estado nas políticas sociais, a refilantropização da política de Assistência Social e a perda dos valores éticos. Portanto, nos argumentos críticos, fazia-se também um confronto dele com a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).

A partir de 1996, desenvolvem-se programas nacionais de transferência de renda, os quais perpassam ações no campo da educação, saúde e trabalho, chamados por Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) de compensatórios, sendo esses: o Benefício de Prestação Continuada – BPC; o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Peti; o Programa Agente Jovem; todos do Ministério da Assistência Social; o Programa Nacional de Renda Mínima, vinculado à educação – Bolsa Escola; o Programa Bolsa Alimentação, do Ministério da Saúde; o Auxílio-Gás, do Ministério de Minas e Energia, e também o Programa Cartão-Alimentação, do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome.

Todos esses programas citados, com exceção do BPC, foram unificados ao Bolsa Família, em 2003, ou integrados ao mesmo, sendo que todos esses serão caracterizados a seguir, em ordem cronológica de seu surgimento, a partir de três tópicos: no primeiro será feita a caracterização do Peti; no segundo a caracterização do BPC, com alusão à RMV e, no terceiro, expõe-se a caracterização de todos os programas que se unificaram no Bolsa Família.

3.2.1 Caracterizando o Programa de Erradicação do Trabalho infantil (Peti)

Em 1996, foi instituído o Programa Vale Cidadania, depois tendo sido denominado Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – Peti, que era um programa do governo federal que tinha como objetivo retirar crianças e adolescentes de 7 a 15 anos de idade do trabalho considerado perigoso, penoso, insalubre ou degradante, cujo trabalho coloca em risco sua saúde e segurança, devendo ser priorizadas as famílias que têm renda *per capita* de até ¼ do salário mínimo, ou seja, focadas naquelas de extrema pobreza (BRASIL, 2004c).

De acordo com Brasil (2004c), cada família inserida no Peti recebia uma bolsa mensal para cada filho com idade de 7 a 15 anos, que foi retirado do trabalho, mas que para isso deveriam ser cumpridas as condicionalidades, já discutidas neste trabalho. Nesse Programa, as crianças e os adolescentes deveriam estar frequentando a escola (percentual mínimo de 75%) e a Jornada Ampliada, ou seja, em um período eles devem ir para a escola e, no outro, participar das ações realizadas na jornada ampliada, onde tinham reforço escolar e atividades esportivas, culturais, artísticas e de lazer.

Segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), o Programa desenvolveu três modalidades de atendimento: Bolsa Criança Cidadã, de caráter emergencial e temporário, cujo repasse monetário direto às famílias variava de R\$ 25,00 a R\$ 40,00 mensais por criança/adolescente na zona rural ou urbana; a Jornada Ampliada que consistia no oferecimento de ações socioeducativas para crianças e adolescentes, e a terceira modalidade consistia no desenvolvimento de ações para garantir à família o acesso a programas e projetos de qualificação e requalificação profissional e de geração de trabalho e renda.

Esses mesmos autores afirmam que para a implantação do Peti, os Estados efetuavam levantamentos sobre formas de trabalho infantil; em seguida, o resultado desses estudos era apresentado às Comissões Estaduais de Erradicação do Trabalho Infantil, que validavam e estabeleciam prioridades, para submissão à Comissão Intergestora Bipartite – CIB. Sendo o Programa financiado, segundo Brasil (2004c), com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social, com cofinanciamento de Estados e municípios, podendo contar, ainda, com a participação financeira da iniciativa privada e da sociedade civil.

Segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), foi iniciada, em 2006, uma integração entre o Peti e o Bolsa Família, regulamentada pela Portaria GM/MDS nº 66, de 28 de dezembro de 2005, com o objetivo de racionalizar a gestão dos dois Programas, com o incremento da intersetorialidade e da potencialidade das ações do Governo, na tentativa de evitar a fragmentação, superposição de fundos e desperdício de recursos públicos, o que os autores consideraram uma evolução na Política Social brasileira. Dessa forma, com a integração do Peti ao Bolsa Família, a transferência monetária deixa de existir, pois esses valores do Peti passam a ser recebidos no cartão do Bolsa Família.

Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) afirmam ainda que o Peti integra o Sistema Único de Assistência Social (Suas), configurado-se mediante três eixos: transferência direta de renda a famílias com crianças e adolescentes em situação de trabalho, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes até 16 anos e acompanhamento

familiar realizado pelos Centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (Creas).

Relatório da Análise Situacional do Peti (BRASIL, 2004b, p.44-45) aborda:

Como ponto positivo apontado por 48% dos municípios e 75% dos Estados, a incidência do Peti nos índices de redução e erradicação do trabalho infantil. Os Estados e municípios apontaram, ainda como principais pontos positivos, as seguintes informações: melhoria na qualidade de vida da criança e da família e da autoestima da criança; construção e resgate da cidadania e inserção social das crianças, adolescentes e suas famílias; ajuda financeira às famílias; permanência das crianças na escola e na jornada ampliada; geração de renda para as famílias, melhoria da qualidade de vida da criança e sua família, representando importante ajuda financeira às famílias; incremento de recursos que movimentam a economia dos municípios.

Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) também reconhecem essa diminuição do trabalho infantil, a partir de estudos desenvolvidos pela Pnad; no entanto, acreditam que tal redução não se deve apenas ao Peti mas, também, a outros programas de transferência de renda.

3.2.2 Caracterizando o Benefício de Prestação Continuada (BPC) em substituição ao Renda Mensal Vitalícia (RMV)

Para Boschetti (2009), a Seguridade Social brasileira instituída pela Constituição Federal de 1988 incorporou tanto princípios da lógica do seguro do modelo Bismarckiano quanto à lógica do modelo social inglês de Beveridge, uma vez que restringe a previdência social aos trabalhadores contribuintes, a saúde como universalista e limita a Assistência Social a quem dela necessitar. Para a autora, essa heterogeneidade que caracteriza a Seguridade Social no Brasil, que fica entre o seguro e a Assistência, em um contexto de graves desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, deixa sem acesso aos direitos de Seguridade Social uma grande parcela da população.

O BPC é um benefício da política de Assistência Social no Brasil, constitui transferência direta de renda, independente de contribuição, o que aproxima a Assistência Social da garantia de um padrão básico de atendimento das necessidades, de um direito incondicional (GOMES, 2004).

Historicamente, conforme Gomes (2004), as ações de Assistência Social para a população idosa e pessoas com deficiência eram sinônimo de programas incertos, descontínuos e desarticulados, marcados por ações assistencialistas. Com o advento do BPC, iniciou-se um padrão de Assistência Social como certeza e regularidade, rompendo-se com o

tradicional campo de ações desta política, em que predominava a ausência de regras claras e definidas para acesso, dependente da disponibilidade financeira.

Assim, em 1996 (mesmo ano de surgimento do Peti) teve origem o Benefício de Prestação Continuada – BPC, o qual se constitui numa garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de 65¹² anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família (BRASIL, 2007b). Segundo o Decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007b), para efeito de concessão deste benefício, a pessoa com deficiência deverá comprovar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho e uma renda mensal bruta familiar inferior a ¼ do salário mínimo. Da mesma forma, o idoso também deve atender este critério da renda e a idade mínima de 65 anos.

Sendo o BPC um benefício de Assistência Social, esse é gerido pelo órgão gestor federal responsável pela política de Assistência Social (o MDS); no entanto, sua operacionalização é realizada pela Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

Portanto, o INSS fica responsável pela administração geral e o pagamento regular do BPC, assim como dos resíduos da RMV, que aproveita a infraestrutura de perícias, gestão e pagamento que aquela instituição possui (VIANNA, 2005). Nesse mesmo sentido, o INSS é o responsável pela concessão do referido benefício e o solicitante tem a liberdade de escolher qual o posto mais próximo de sua residência para dar entrada com o processo de requerimento do benefício.

Vale ressaltar que a instituição do BPC no Brasil se deu pela Constituição Federal de 1988 (CF/1988), artigo 203, inciso V, tendo sido regulamentada em 1993, pela Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993), complementada e retificada pelo Decreto Federal nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995, pela Medida Provisória nº 1.426/1996, posteriormente pela Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1996 (SILVA, 2010).

Mas apesar da instituição do benefício ter se dado em 1988, pela Constituição Federal, e de sua regulamentação em 1993, pela Loas, foi apenas em 1996 (oito anos depois da Carta Magna e três depois da Loas), a partir da lei 9.720, que o BPC realmente foi implantado. Para Sposati (2004), a adoção do BPC se deu mais pelo interesse da Previdência Social em depurar seu financiamento entre benefícios contributivos e não contributivos, ou seja, por uma

¹² Essa idade corresponde ao requisito hoje para se ter direito ao BPC como idoso, mas quando foi regulamentado pela Loas, a idade mínima para concessão era de 70 anos, tendo em 1998 essa idade sido reduzida para 67 anos e, mais recentemente, em 2004, com o Estatuto do Idoso, essa idade foi novamente reduzida para 65 anos (GOMES, 2005).

motivação mais atuarial que gerou a propositura do BPC do que por justiça social, transitando do campo da Previdência para o campo da Assistência Social.

Esse benefício veio substituir a Renda Mensal Vitalícia (RMV), instituída pela Lei nº 6.179/1974, que concedeu, entre os anos de 1975 e 1996, no âmbito da previdência social, uma renda a pessoas idosas e com deficiência, que comprovassem sua incapacidade para o trabalho que, num ou noutro caso, não exercessem atividade remunerada, não tivessem rendimento, sob qualquer forma, superior ao valor da renda mensal fixada nessa lei, não fossem mantidos por pessoa de quem dependessem obrigatoriamente e não tivessem outro meio de prover o próprio sustento, e desde que também tenham sido contribuintes da Previdência por no mínimo 12 meses, poderiam ser amparados por essa política, seja o contribuinte urbano ou rural (BRASIL, 1974).

Daí que nos termos de Silva (2010), a RMV se constituía em um “braço assistencial da previdência”, uma vez que contribuía para a diminuição da pobreza absoluta dos idosos, pessoas com deficiência e doentes crônicos.

Gomes (2004) afirma que ao fazer-se uma comparação da RMV em relação ao BPC, o primeiro mostra um alcance e abrangência maior que o segundo, uma vez que no critério de idade do benefício ao idoso, bem no início de sua concessão, era de 65 anos na RMV e de 70 anos no BPC, pela Loas; da mesma forma, também nesse houve uma restrição no entendimento sobre deficiência, enquanto que a RMV ia além de pessoa com deficiência incapacitada para o trabalho e para a vida independente, visto que abrangia pessoas com patologias crônicas.

Apesar de aparentes vantagens do RMV em relação ao BPC, se comparado à época em que o último surgiu, ainda assim, Gomes (2004) considera a inserção do BPC pela Constituição Federal de 1988, um avanço em relação à RMV, pois não há exigência de quaisquer contribuições, uma vez que agora se situa no campo da Assistência Social. Para Sposati (2004), acessar um benefício constitucional, independente do vínculo de trabalho é, sem dúvida, um marco significativo na extensão do contrato social brasileiro.

No entanto, por ter tido uma trajetória inicial apartada da Assistência Social, desarticulada das demais ações, e o fato de ser operacionalizado dentro dos postos do INSS fez com que o BPC, segundo Gomes (2005), fosse confundido com a aposentadoria previdenciária, confusão feita tanto por beneficiários como por expressivo número de gestores e a sociedade em geral.

Mas é importante que não se confunda o BPC com aposentadoria, uma vez que o mesmo se situa na política de Assistência Social, não gerando direito ao 13º salário, nem

direito à pensão, devendo ainda ser revisto a cada 2 anos, encontrando previsão legal no art. 21, da Lei nº 8.742/93. Para Sposati (2004), o processo de avaliação tem por objetivo a certificação do mérito, ou seja, identificar se o beneficiário mantém as mesmas condições tidas como requisito para acesso, ao mesmo tempo em que pretende conhecer o que o beneficiário faz com o benefício e se possui vínculos com outros programas sociais.

Nesta avaliação ou revisão, segundo Sposati (2004), o beneficiário por deficiência passa por exame das condições sociais, chamada de avaliação social, e pelo exame médico pericial que certifique a permanência da situação apresentada no ato de concessão do benefício. No caso do idoso, como os critérios de concessão são a idade e a renda, não passa pela avaliação social.

De acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), o benefício pode ser pago a mais de um membro da família, desde que comprovada todas as condições exigidas, de modo que para o cálculo da renda familiar da pessoa com deficiência, o benefício concedido ao outro membro da família passa a compor a renda, para efeito de cálculo de renda *per capita* familiar para concessão de novo benefício. Uma ressalva pode ser feita em relação ao benefício assistencial ao idoso (espécie 88), já concedido a qualquer membro da família, não será computado para fins de cálculo da renda *per capita* do novo benefício requerido da mesma espécie, segundo o parágrafo 2, do art. 625 da IN INSS/PRES nº 20 (BRASIL, 2007c). Tal ressalva se constitui numa conquista regulamentada pelo Estatuto do Idoso, em seu art. 34 (BRASIL, 2003b).

De acordo com o Decreto 7.617 (BRASIL, 2011c), o beneficiário não pode acumular o Benefício de Prestação Continuada com qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, bem como a remuneração advinda de contrato de aprendizagem, no caso da pessoa com deficiência.

O acesso ao benefício se dá por meio de requerimento (disponível nos Cras e na internet) do interessado numa agência do INSS, com a apresentação de composição do grupo familiar (também disponível nos Cras e na internet) para comprovar a condição de carente, comprovação de idade, no caso dos idosos e submissão a perícia médica, no caso das pessoas com deficiência (SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012).

Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), valendo-se de dados oficiais do MDS, afirmam que o público total atendido por esse programa, até abril de 2012, era de 3.876.138, sendo 2.120.440 pessoas deficientes e 1.755.698 idosos; em 2011, o investimento foi da ordem de R\$ 24.609.209.737,14.

Após novas leis e decretos, como o decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007b), o BPC passa a ser reconhecido não só como o primeiro benefício não contributivo garantido pela Constituição Federal de 1988, mas também como integrado às demais políticas setoriais, que visa ao enfrentamento da pobreza, a garantia da proteção social e a universalização dos direitos sociais. Assim como integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – Suas, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social – Pnas.

Esse mesmo decreto afirma que cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, a implementação, a coordenação geral, a regulação, financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, de modo compartilhado com Estados, Distrito Federal e Municípios. Vale ressaltar que o BPC é totalmente financiado pela União, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social.

Como resultado dessa necessidade de integração do BPC às outras políticas setoriais, o BPC se encontra contemplado no Protocolo de gestão integrada de serviços, benefícios e transferências de renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – Suas.

O referido Protocolo foi implantado nacionalmente pela Resolução CIT nº 7, a qual foi pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e visa estabelecer procedimentos necessários para garantir a oferta prioritária de serviços socioassistenciais para as famílias do Programa Bolsa Família, do Peti e do BPC, especialmente as de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2009). O Protocolo assume que o descumprimento de condicionalidades do BF ou do Peti, assim como a não presença na escola para as crianças do BPC, constituem situações que revelam o alto grau de vulnerabilidade das famílias, sendo, portanto, priorizadas no atendimento e acompanhamento pelos serviços.

O protocolo (BRASIL, 2009) objetiva fazer das famílias beneficiárias do BF, Peti e BPC o público prioritário nos serviços socioassistenciais, buscando a superação de situações de vulnerabilidade e risco vividos pelos indivíduos mediante a oferta destes serviços e encaminhamentos para a rede socioassistencial e das demais políticas públicas.

No entanto, segundo Sposati (2004), o BPC se constitui numa provisão isolada, fragmentada, que não deixa expressar a própria fragmentação da Assistência Social; assim, em tempos de tantos discursos em prol da articulação, da integração, da intersetorialidade, padece de gestões que de fato as materializem.

É importante observar, conforme Sposati (2004), que esse benefício foi objeto de significativos debates, moções e deliberação nas duas Conferências Nacionais de Assistência,

ocorridas em 1995 e 1997, tendo o aperfeiçoamento do benefício sido objeto de avaliação e debates nas conferências. No entanto, nenhuma deliberação dessas conferências logrou alterar a realidade.

A autora relata que a propósito do Conselho Nacional de Assistência Social foi registrada a existência de oito resoluções que abordam direta ou indiretamente a temática, além da ocorrência de discussões em grupo de trabalho e em reuniões plenárias, sendo que a maioria das resoluções datam de 1996 e 1997.

A última resolução, editada em 1999, institui um grupo de trabalho para propor ao INSS a revisão dos instrumentos relativos ao Benefício de Prestação Continuada, objetivando o aperfeiçoamento do serviço e a melhoria do atendimento aos que dele necessitam. Mas será que deste grupo resultou alguma mudança no instrumento ou na operacionalização do benefício? Tal indagação será respondida no terceiro capítulo deste trabalho, o qual abordará as mudanças mais significativas na operacionalização deste benefício ao longo dos anos 2000.

Sposati (2004) ainda relata que em pesquisa realizada, que foi encontrado um total de cinquenta projetos de leis e três propostas de emendas constitucionais sobre a Assistência Social, contemplando neste conceito iniciativas referentes à filantropia, aos segmentos de idosos e pessoas com deficiência, ao Fundo Nacional de Assistência e de alteração da Loas. Neste universo, 55% (29 projetos) das propostas tratam do BPC e as outras 25% se referem à questão das entidades filantrópicas.

Observa-se, ainda, que a preocupação dos parlamentares é com os critérios de acesso ao benefício, uma vez que todas as iniciativas se concentram nesse âmbito. Dessa forma, obteve-se vinte projetos que alteram o corte de renda para ingresso, sendo essa a preocupação central e tendo a maioria na defesa do limite de um salário mínimo, além de sete iniciativas que propunham pelo corte de meio salário.

Será que alguns desses projetos já obtiveram algum êxito em referidas mudanças no BPC? Essa será outra dúvida a ser contemplada no terceiro capítulo. Enfim, antes que se tirem conclusões precipitadas, faz-se necessário refletir dos vários limites e desafios que o BPC enfrenta desde a sua implantação, enquanto primeiro mínimo social não contributivo instituído no Brasil, e que por isso, merece atenção especial quanto ao direcionamento que esse tem dentro da Política de Assistência Social, e em relação aos outros programas de transferência de renda existentes no país, os quais serão explicitados no próximo tópico, dando ênfase para o Programa Bolsa Família.

3.2.3 Caracterizando a unificação dos programas de transferência de renda no Bolsa Família (BF)

A partir do ano 2000, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), foram implementados alguns programas de transferência de renda em nível nacional. Em 2001, foi implementado o Bolsa Escola, vinculado ao Ministério da Educação. No mesmo ano, foram lançados os Programas Agente Jovem e o Bolsa Alimentação, vinculados ao Ministério da Saúde. Já em 2002, foi criado o programa Auxílio gás, vinculado ao Ministério das Minas e Energia; e em 2003, foi instituído o Cartão Alimentação, vinculado ao Ministério da Saúde (FROTA, ZIMMERMANN, 2010; COBO, 2012).

Todos esses programas, de acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), foram criados numa conjuntura socioeconômica marcada pelo crescimento acentuado do desemprego, acompanhado do acréscimo de formas precárias e instáveis, sem a proteção social garantida pela previdência social, rebaixamento do rendimento da renda procedente do trabalho; crescimento da violência, principalmente nos grandes centros urbanos; ampliação dos índices de pobreza e da desigualdade social.

O primeiro deles, o Bolsa Escola, instituído pela Lei nº 10.219, de abril de 2001, e regulamentado pelo Decreto nº 3.823, de 28 de maio de 2001, que tinha como objetivo manter as crianças de famílias pobres nas escolas. Esse programa é o substituto do Programa de Garantia de Renda Mínima “para toda criança na escola”, criado em dezembro de 1997, regulamentado em 1998 e iniciando sua implementação no segundo semestre de 1999 (SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2010).

Conforme Queiroz *et al.* (2010), as famílias com crianças de 6 a 15 anos matriculadas no ensino fundamental, tinham direito ao benefício, com no máximo três crianças inscritas no Programa. Esse exigia a frequência regular em 90% das aulas, tendo por público-alvo todas as famílias com renda *per capita* inferior a R\$ 90,00, sendo o benefício de R\$ 15,00 por criança.

Os objetivos proclamados para o Bolsa Escola eram (SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012):

- possibilitar o acesso e a permanência de crianças pertencentes a camadas sociais tradicionalmente excluídas na escola;
- contribuir para o combate do trabalho infantil;
- evitar a permanência de crianças nas ruas e contato com situações de risco pessoal e social;
- diminuir os custos decorrentes da evasão e repetência escolar, dentre outros.

O Bolsa Escola, segundo esses mesmos autores, era financiado pelo Fundo de Combate à Pobreza, com previsão inicial de recursos na ordem de R\$ 1,7 bilhão e duração prevista para 10 anos. Em termos quantitativos, no ano de 2001, em apenas oito meses foram credenciados 5.470 dos 5.561 municípios brasileiros, tendo atingido cerca de 8,5 milhões de crianças. Até novembro de 2002 foram atendidos 2,5 milhões de famílias com 10,7 milhões de crianças e adolescentes beneficiados (SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012).

O Programa Bolsa Escola apresentou a maior dimensão quantitativa dos programas de transferência de renda, tanto em relação ao número de famílias e crianças alcançadas, como de municípios abrangidos. Para Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), quase que se poderia dizer que é um Programa universal, não fossem os limites postos pela fixação de cotas para cada município, não alcançando integralmente a população-alvo.

Também em 2001, vinculado ao Ministério da Saúde, criou-se o Programa Bolsa-Alimentação, instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de setembro do ano em destaque, e regulamentado pelo Decreto nº 3.934/2001. Esse Programa, de acordo com Queiroz *et al.* (2010), era direcionado a mulheres gestantes, mães que estivessem amamentando filhos com até 6 meses de idade, bem como crianças com seis meses a seis anos e onze meses de idade, de famílias consideradas pobres, visando, segundo Wanderley (2008), maior liberdade para a família escolher os alimentos adequados às suas necessidades; melhor qualidade de vida das famílias; incremento de medidas preventivas de saúde com a redução da taxa de mortalidade e da prevalência da desnutrição, dentre outros.

Participava deste Programa, com base em Queiroz *et al.* (2010), as famílias com renda *per capita* menor do que meio salário mínimo, sendo que cada família recebia entre R\$ 15,00 e R\$ 45,00, tendo como condição para a continuidade do recebimento dessa transferência a participação em ações de saúde, como pré-natal, vacinação, incentivo ao aleitamento materno, entre outros.

Ainda nesse mesmo ano (2001), foi implementado o Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano, apesar de ter sido criado em 1999, destinado a jovens de 15 a 17 anos de idade, preferencialmente que se encontrassem fora da escola, originários de famílias pobres em risco social, portadores de deficiência e envolvidos em crimes e contravenções penais, o qual destinava uma bolsa no valor de R\$ 65,00, contanto que apresentasse frequência mínima de 75% na escola e nas outras atividades desenvolvidas pelo Programa, bem como estivesse inserido em atividades comunitárias (WANDERLEY, 2008; SILVA, YAZBEK, DI GIOVANNI, 2012).

Em 2005, o Agente Jovem foi substituído pelo Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho. O ProJovem, de acordo com Cobo (2012), destina-se aos jovens de 15 a 29 anos, com o objetivo de promover sua reintegração ao processo educacional, sua qualificação profissional e seu desenvolvimento humano. Esse é desenvolvido por diferentes órgãos, em três modalidades: I) ProJovem Adolescente – serviço socioeducativo (MDS); II) ProJovem Urbano (Secretaria-Geral da Presidência da República); III) ProJovem Campo – Saberes da Terra (Ministério da Educação); IV) ProJovem Trabalhador (Ministério do Trabalho e Emprego).

Para fechar o rol dos Programas do ano de 2001, tem-se o Auxílio Gás, instituído pela Medida Provisória nº 18, de dezembro de 2001, convertida na Lei nº 10.453, em maio de 2002. Esse subsidiava a compra do botijão de gás para cozinhar e era destinado às pessoas de baixa renda, inscritas no programa Bolsa Escola e no Cadastro Único dos Programas Sociais, sendo pago bimestralmente R\$ 7,50 para as famílias com renda *per capita* menor que R\$ 90,00 (QUEIROZ *et al.*, 2010).

Na Nova Gestão, que foi a do governo Luiz Inácio Lula da Silva, de 2002 a 2006, trazia expectativas dicotômicas: representantes do governo anterior, dos partidos situacionistas, da grande mídia, de setores expressivos de vários países esperavam mudanças profundas nas políticas sociais; no entanto, de início os resultados foram pessimistas para quem esperava mudanças (WANDERLEY, 2008). Na esfera do social, predominou o social setorial e projetos de focalização.

Um projeto destacado que teve boa repercussão, segundo o mesmo autor, foi o Programa Fome Zero, que pretendia formular uma política de segurança alimentar e nutricional, apresentando o combate à fome e à miséria como direito humano básico. Nesse sentido, seus promotores buscavam articular com outras políticas, as políticas estruturais; as políticas específicas e as políticas locais, tendo como uma ação o Cartão-Alimentação.

O Cartão Alimentação, instituído pela Medida Provisória nº 108, de fevereiro de 2003, e regulamentado pelo Decreto nº 4.675, de abril de 2003, que visava – segundo o art. 1º, parágrafo 1º desse – garantir a pessoas em situação de insegurança alimentar recursos financeiros ou o acesso a alimentos em espécie, considerando a situação de insegurança alimentar e a falta de acesso à alimentação digna, em quantidade, qualidade e regularidade suficientes para a nutrição e a manutenção da saúde da pessoa humana (BRASIL, 2003a; QUEIROZ *et al.*, 2010).

O Cartão Alimentação, conforme Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), teve seu lançamento simbólico no dia 03 de fevereiro de 2003, nas cidades de Guaribas e Acauã, no

Piauí, através da distribuição de cartões para 500 famílias. A duração desse benefício era de até seis meses, prorrogáveis por, no máximo, mais dois períodos de seis meses, mediante ato emitido pelo Gabinete do Ministro.

No entanto, a partir de 2003, com base nesses autores, o Cartão-Alimentação e todos os outros (exceto o BPC previsto constitucionalmente) foi unificado ao Bolsa Família, tendo, gradativamente, as famílias beneficiárias migrado para o novo Programa. Nesse caminho, o Programa Bolsa-Família representava a unificação dos Programas Nacionais de Transferência de Renda, tornando-se um ícone do governo Lula.

Mas como então surgiu essa proposta de unificar esses programas de transferência de renda nacional em um só: o Bolsa Família?

Segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), no terceiro trimestre de 2002 – durante a transição do governo FHC para o governo Luiz Inácio Lula da Silva – a equipe elaborou um relatório-diagnóstico sobre os programas de transferência de renda, concluindo pela unificação deles. A conclusão se deu devido a alguns problemas encontrados, destacando-se:

- existência de programas concorrentes e sobrepostos nos seus objetivos e no seu público-alvo, como ocorre com os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Peti, implementados por três distintos Ministérios (Educação, Saúde e Assistência Social);
- ausência de uma coordenação geral dos programas com rebatimentos negativos na implementação das ações;
- falta de estratégia mais ampla que garanta a autonomização das famílias após o desligamento dos programas, verificando-se a não vinculação sistemática dos programas de transferência de renda com outros programas, projetos e ações;
- fragmentação dos programas e até competitividade entre os diferentes setores responsáveis por cada um deles;
- relação problemática com os municípios em relação à contrapartida que deve ser oferecida pelas prefeituras, fazendo com que haja um rebaixamento dessa contrapartida nos municípios pobres, em relação àqueles com melhores condições orçamentárias e de pessoal;
- identificação de problemas no Cadastro Único, sendo inclusive apontado como ponto de estrangulamento na implementação dos programas de transferência de renda, dentre outros.

Essa mesma equipe, segundo os autores, apresentou algumas recomendações que deram base para a constituição de um Programa de Transferência de Renda Unificado. Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) apontam algumas: unificação dos cadastros e a utilização de

cartão único; necessidade de articulação efetiva dos Programas de Transferência de Renda com outros Programas e Políticas Sociais; a criação de um Fundo Único; a necessidade de articulação de todos os Programas de Transferência num único Ministério ou secretaria, com a unificação da gestão e do orçamento, ou seja, este seria o embrião da criação de um Programa que unificava todos os outros, por iniciativa do governo federal.

Segundo Cobo (2012), a proposta inicial de unificação se limitou a quatro programas federais: Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação; Auxílio-Gás e Cartão Alimentação; tendo sido posteriormente integrado ao Bolsa-Família o Peti, registrando-se pactuações com diversos programas estaduais e municipais, mediante Termo de Cooperação.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado no final de 2003, vinculado ao gabinete da Presidência e, pouco tempo depois, transferido ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O PBF foi instituído pela Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, sendo regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Esse Programa possui como objetivos combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; combater a pobreza e outras formas de privação das famílias; promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação, segurança alimentar e assistência social; e criar possibilidades de emancipação sustentada dos grupos familiares e desenvolvimento local dos territórios (CEF, 2014).

O PBF se destina a famílias pobres (com renda entre R\$ 77,00¹³ e R\$ 154,00¹⁴ por pessoa/mês e que tenham crianças e adolescentes com idade entre zero a 16 anos incompletos, gestantes ou nutrízes) e extremamente pobres (com renda até R\$ 77,00¹⁵ por pessoa/mês), sendo a família considerada uma unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros (BRASIL, 2004a; CEF, 2014).

De acordo com Castanha (2010, p.8), “os benefícios do Bolsa Família são de três tipos: Básico, Variável e Variável Vinculado ao Adolescente, pagos de acordo com a renda familiar *per capita* e a composição familiar”.

O Bolsa Família é considerado por Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012):

¹³ Valor atualizado no ano de 2014.

¹⁴ Valor atualizado no ano de 2014.

¹⁵ Valor atualizado no ano de 2014.

Uma inovação no âmbito dos Programas de Transferência de Renda por se propor a proteger o grupo familiar como um todo; pela elevação do valor monetário do benefício; pela simplificação que representa e pela elevação de recursos destinados a programas dessa natureza, de modo que, segundo os idealizadores do Programa, não há possibilidade de diminuição da transferência monetária em relação ao benefício então prestado por qualquer dos outros programas.

Desde 2003, quando foi instituído, o PBF vem sendo marcado por uma expressiva expansão geográfica. Ao completar cinco anos, em outubro de 2008, já tinham sido investidos R\$ 41 bilhões, sendo a metade na região Nordeste, a mais pobre do país, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012).

No relatório de Evolução dos Recursos dos Programas de Transferência de Renda (BRASIL, 2011) compara o PBF com outras duas políticas de transferência de renda condicionadas que se aproximam, em termos de desenho e magnitude, ao PBF na América Latina, que são o “Oportunidades do México” e o “Programa Chile Solidário”. O primeiro atende a 5 milhões de famílias e possui um orçamento de aproximadamente 3,7 bilhões de dólares. Já o programa chileno atinge pouco mais de 290 mil famílias e destina aproximadamente U\$ 1 bilhão de dólares ao pagamento dos benefícios. Portanto, mesmo considerando as diferenças no quantitativo da população pobre e da riqueza desses países, os dados ratificam que o Bolsa Família pode ser considerado o maior programa de transferência de renda com condicionalidades da América Latina, tanto em cobertura quanto em orçamento.

Através da Portaria nº 999 do MDS, em dezembro de 2005, conforme Queiroz *et al.* (2010), ocorreu a integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), como forma de evitar a duplicidade e a concorrência de ações governamentais. As famílias que faziam parte do Peti passam a fazer parte do BPF, e as crianças do PBF, que estão em situação de trabalho infantil, passam a fazer parte das Ações Socioeducativas e de Convivência operadas pelo Peti.

No tocante às condicionalidades, as famílias beneficiadas com os Programas são incumbidas de compromissos nas áreas da Educação, Saúde e Assistência Social. Na área da Educação, as exigências são a matrícula e a frequência escolar de 85% para as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos, frequência mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos. Na área da Saúde, é preciso o acompanhamento do calendário vacinal para as crianças de até 7 anos e o pré-natal das gestantes. Na Assistência Social, há ações socioeducativas para as crianças e adolescentes de até 15 anos em situação de trabalho infantil, com frequência escolar mínima de 85% na escola. Tais condições objetivam criar chances para que as famílias superem sua situação de pobreza ou extrema pobreza (QUEIROZ *et al.*, 2010).

De acordo com Soares; Sátyro (2010), há um grande número de autores que defendem que essas medidas são tão ou mais importantes que o benefício em si. Essa vertente da literatura sobre Programas de Transferência de Renda Condicionados enfatiza o caráter condicionado dos programas, pois de acordo com essa visão, o Bolsa Família seria um programa de incentivo ao capital humano das famílias mais pobres. No entanto, há outro grupo de autores, citando Pereira (2004), por exemplo, que considera que as condicionalidades ou contrapartidas não são e nunca foram veículos de inclusão social, mas, ao contrário, acabam excluindo pessoas e localidades da assistência dos programas, tendo em vista as diferentes condições de acesso aos serviços ofertados.

A forma como o programa é operacionalizado se dá, conforme Cavalcante (2011), dentro de uma perspectiva de cooperação abrangendo todos os níveis de governo, principalmente nas atividades de cadastro das famílias, gestão de benefícios e acompanhamento das condicionalidades. No que tange à identificação e cadastramento das famílias, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), responsável pelo programa em nível federal, atua principalmente em conjunto com os municípios. Esses, por sua vez, atuam no mapeamento e inserção dos dados familiares no Cadastro Único, bem como na provisão dos serviços básicos de saúde e educação.

O Cadastro Único, conforme seu manual (BRASIL, 2012), é muito mais do que apenas uma base de dados é, acima de tudo, um mecanismo que dá visibilidade à população mais vulnerável, mapeando suas carências e possibilitando a integração de ações de diferentes áreas, em todos os Estados e municípios brasileiros, para a sua inclusão social.

O Cadastro Único é constituído pelos formulários de cadastramento, pela base de dados e pelo sistema informatizado criado para a inclusão e atualização das informações das famílias cadastradas. Todos esses componentes são imprescindíveis para que o Cadastro Único possa cumprir sua principal incumbência: a de ser um mapa de identificação da parcela mais pobre e vulnerável da população brasileira, trazendo informações sobre suas principais características socioeconômicas, suas necessidades e potencialidades (BRASIL, 2012).

Segundo Amorim *et al.* (2012), o PBF está sob a responsabilidade da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo responsável pela execução da política nacional de renda de cidadania e pela gestão do PBF, que é compartilhada com as unidades da federação, o Distrito Federal e os municípios. Vale ressaltar que a Senarc também faz a gestão do Cadastro Único.

Dentro deste modelo de gestão descentralizada, de acordo com o mesmo autor, os municípios são responsáveis por cadastrar as famílias pobres por meio de um questionário

definido pela Senarc e que vão compor o banco de dados do Cadastro Único. Além disso, os municípios são responsáveis pela elaboração dos relatórios de acompanhamento das contrapartidas dos beneficiários.

Ainda em relação à operacionalização do PBF, Amorim *et al.* (2012) diz que deve ser evidenciado o papel da Caixa Econômica Federal, banco público estatal que atua como operador e pagador dos benefícios. Esse também é responsável por processar as informações do Cadastro Único, a partir das diretrizes definidas pela Senarc.

O financiamento do Programa Bolsa Família, conforme a Medida Provisória nº 132/2003 (BRASIL, 2003c), possui como fonte de recursos as dotações alocadas aos programas federais de transferência de renda e ao Cadastro Único a que se refere o parágrafo único do art. 1º, bem como de outras dotações do Orçamento da Seguridade Social da União que vierem a ser consignadas ao Programa.

O PBF ainda não é um direito, assim, ao contrário de uma aposentadoria, BPC, e seguro-desemprego, o PBF é um programa de orçamento definido, condicionado às possibilidades orçamentárias (SOARES; SÁTYRO, 2010). Assim, apesar do financiamento do Bolsa Família não ser pelo Fundo de Assistência Social (Fnas), o PBF se encontra dentro da Assistência Social, por ser administrado também pelo MDS (coordenador da Política Nacional de Assistência Social), por ter o Cadastro Único como banco de dados para identificação de famílias em situação de vulnerabilidade social, por receber uma parte de seus recursos também do Orçamento da Seguridade Social e por estar previsto no Protocolo de Ações Integradas, juntamente ao BPC (benefício assistencial).

O Protocolo de Gestão Integrada de Benefícios e Serviços no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas), de acordo com Cotta e Paiva (2010), define procedimentos para acompanhamento familiar dos beneficiários do PBF, do BPC e do Peti pelos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e os Centros Especializados (Creas). A estratégia de acompanhamento familiar é um marco para o PBF, pois caracteriza vários movimentos importantes: a integração entre benefícios e serviços na prestação de Assistência Social, a aproximação entre as áreas da Assistência, Saúde e Educação, e a consolidação do enfoque não punitivo das condicionalidades no programa.

O Protocolo de Gestão Integrada (Brasil, 2009) tem como um dos papéis normatizar os procedimentos a serem adotados, sobretudo em virtude do descumprimento das condicionalidades do PBF, seja em virtude de vulnerabilidade social relacionada à gravidez, seja de criança ou adolescente afastada do convívio familiar, seja por falta de acesso às políticas públicas, o Cras, Creas ou equipes do PSB e PSF, dando prioridade ao

acompanhamento familiar para aquelas que estão em suspensão do benefício por dois meses ou estejam vivenciando situações de risco social.

Para Cotta e Paiva (2010), a existência de condicionalidades no PBF e o acompanhamento delas pelos Cras produz efeitos positivos, sendo um deles uma aproximação sem precedentes entre Assistência Social, Saúde e Educação no âmbito do processo de acompanhamento familiar. Por meio desse processo, uma parte das famílias que não consegue cumprir as condicionalidades, que são as mais vulneráveis, passa a ser acompanhada pelos profissionais de Assistência Social, que apontam as razões que as conduzem a não acessarem os serviços de Saúde e Educação. De posse dessas informações, promove-se a articulação entre órgãos de governo para que essas razões sejam superadas e se garanta o acesso efetivo das famílias às redes de serviços (COTTA; PAIVA, 2010).

De acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), as famílias têm liberdade no uso do dinheiro recebido e podem permanecer no Programa enquanto houver a manutenção dos critérios de elegibilidade, desde que cumpram as condicionalidades determinadas por esse, quando ofertadas as condições no âmbito do município, sendo prevista a revisão a cada dois anos.

A Medida Provisória nº 132 (BRASIL, 2003c), afirma que a execução do Bolsa Família, assim como dos demais Programas de Transferência de Renda, acontece de forma descentralizada, por meio da coordenação de esforços dos três níveis de governo, com atribuições articuladas e complementares definidas na documentação de orientação do Programa, observada a intersectorialidade, a participação comunitária e o controle social.

Para Castanha (2010), o desafio da intersectorialidade vem sendo tratado de forma mais concreta, ocupando lugar de destaque na agenda de debate da área social do Governo Federal. Isso porque até hoje nenhum outro programa social foi tão dependente da articulação intersectorial e, portanto, das capacidades institucionais e de diálogo político entre os entes da federação e entre os diferentes setores responsáveis pelo desenvolvimento das políticas sociais.

O desenvolvimento concreto da intersectorialidade ainda se encontra dependente da iniciativa do nível local, o que não é suficiente para sustentar experiências exitosas nessa área. O programa Bolsa família, segundo Castanha (2010, p.12-13):

Vem propor a intersectorialidade, pois destaca que a partir da Constituição Federal de 1988, as três esferas de governo têm a responsabilidade com o combate à pobreza e à desigualdade, pois o princípio da Seguridade Social reafirma a criação de uma rede de proteção Social, englobando um conjunto de ações, na qual seja capaz de garantir direitos e reduzir a ocorrência de riscos sociais. É complementar ao princípio de

integração da Assistência social, da previdência social e da saúde às demais políticas sociais e econômicas, cujas dinâmicas determinam em grande parte o enfrentamento das vulnerabilidades e dos riscos sociais.

Portanto, segundo Suplicy (2013), expressando uma opinião de Ana Fonseca, que foi secretária executiva do Bolsa Família, diz que esse representa o começo da Renda Básica de Cidadania, lei de autoria de Suplicy, já comentada neste capítulo. Tratando-se de primeiro assegurar que todas as famílias no Brasil que estão no patamar mais grave de pobreza venham a ter o direito a uma renda, portanto, uma discriminação positiva para que num outro momento toda a população possa ter direito.

Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) afirma que desde o surgimento do Bolsa Família a partir de um processo de unificação de programas de transferência de renda, a sua integração ao Peti e mesmo complementação de benefícios de programas estaduais e municipais pelo governo federal, representa um avanço no contexto da Política Social brasileira, desenvolvida, historicamente, de modo disperso, fragmentado e descontínuo.

Pensar a unificação para Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012) importa considerá-la não como mero mecanismo de gestão, mas como um processo que deve ser colocado a serviço de um Sistema de Proteção Social universal, capaz de atender todas as pessoas em situação de risco e vulnerabilidade, levando em conta a multidimensionalidade e o caráter estrutural da pobreza e da fome no Brasil.

Esses mesmos autores utilizando as palavras do presidente da República, quando do lançamento do Programa, afirmam que a unificação resultaria num programa mais justo, racional e eficiente, tanto para os beneficiários quanto para os Estados e o país, sendo o Bolsa Família apresentado por seus idealizadores como a busca de uma melhor focalização para melhor enfrentar a pobreza no país, focado num processo sistemático de monitoramento e avaliação.

Em face desse confronto entre universalidade e focalização, faz-se necessário fazer uma discussão conceitual entre os dois termos, assim como de seletividade, situando sua discussão dentro da Política de Assistência Social, a qual dará base teórica para a análise das mudanças sofridas por esse Programa ao longo dos anos 2000, no terceiro capítulo, de modo a situá-lo em um desses direcionamentos.

3.3 DISCUTINDO A FOCALIZAÇÃO E A UNIVERSALIDADE DENTRO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Os programas de transferência de renda dirigidos aos mais pobres estão dando centralidade na direção do sistema de proteção social, e em especial na proteção social de assistência social, para a focalização e seletividade? A focalização se opõe à universalização ou podem ser complementares?

Para realizar essa discussão sobre universalidade, focalização e seletividade das políticas sociais, faz-se necessário expor dois posicionamentos diferentes de dois grupos de autores, que ajudarão a ter melhores subsídios na análise das trajetórias das políticas sociais brasileiras.

O primeiro posicionamento é defendido pelo grupo formado por Nathália de Freitas (2010) e Potyara Pereira; Rosa Stein (2010), no qual seletividade e focalização são a mesma coisa ou sinônimas, encontrando-se em oposição à universalidade. Enquanto o segundo grupo, composto por Ivanete Boschetti e Sandra Teixeira (2004), Livia Alvarenga (2011), Célia Kerstenetzky (2006, 2009, 2012) e Luana Almeida (2011) acredita que seletividade e focalização não são sinônimas, tanto é que focalização pode ser complementar à universalidade, e não apenas sua oposição.

3.3.1 Focalização e seletividade como sinônimas e em oposição à universalidade

Segundo Freitas (2010), o grau de proteção social de uma política social pode ser avaliado em relação à cobertura dos bens e serviços. Nesse sentido, existem algumas classificações, assim definidas: universalista, privatista e seletiva/focalizada. Na percepção universalista, a produção e distribuição de bens e serviços sociais devem ocorrer com a participação de todos e o acesso aos membros da sociedade; enquanto que na perspectiva privatista, apenas o mercado pode atender as demandas sociais, sendo que cada indivíduo é responsável por seu bem-estar, independente das condições a ele impostas; já a perspectiva seletiva/focalizada contemplaria as políticas nas quais existe a garantia da prestação de serviços sociais a determinados grupos; assim, só as utiliza quem estiver dentro dos critérios especificados (FREITAS, 2010).

Para Freitas (2010), no Brasil ainda não é garantida a universalização dos direitos na implementação das políticas sociais, o que tem sido agravado pela extrema focalização em padrões situacionais específicos. Assim, na Assistência Social é clara a submissão aos

princípios da seletividade e focalização, pois a maioria dos programas, ações e serviços é baseada em critérios e contrapartidas que restringem o acesso, como é o caso do Bolsa Família, com suas condicionalidades.

Além disso, a política de Assistência Social se dirige para os que dela necessitam; portanto, os critérios da necessidade, vulnerabilidade e risco são as condições de acesso à mesma, sendo, portanto, uma política focalizada. A dificuldade de universalidade no grupo focalizado, em contexto de restrição e redução de gasto público e das dimensões grandiosas do grupo de necessitados faz com que prevaleça a seletividade.

A autora ainda afirma que no Brasil a política de Assistência Social tem em seu histórico a focalização na pobreza extrema, o que contribui para a desvinculação do entendimento dessa política como garantidora de direitos universais, situação essa que leva à compreensão dessa política como mera benesse governamental, como é o caso do Bolsa Família, que não é um direito reclamável judicialmente.

Já Pereira e Stein (2010) veem a universalidade e a focalização como uma antinomia, como princípios incompatíveis entre si, pois segundo as mesmas, existe pelo menos uma controvérsia nas ações governamentais, no que diz respeito a esses princípios. Para Pereira e Stein (2010), o princípio universalista, de conotação eminentemente pública, cidadã e igualitária, que implica acesso de todas as políticas públicas, vem perdendo espaço para um discurso focalista neoliberal, de extração pós-moderna, para o qual o ser humano é construído culturalmente nas diferenças, assim, despossuído de vínculos universais.

No caso específico brasileiro, segundo Pereira e Stein (2010), antes de se consolidar um modelo institucional capaz de assegurar um padrão de proteção social universal, fortaleceram-se estratégias focalistas e discriminatórias, impulsionadas por recomendações do Banco Mundial (Bird), do Banco Interamericano de Desenvolvimento Social (BID) e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Essas instituições, financiadoras das políticas sociais, apresentam um discurso atraente de que a focalização é mais racional do que a universalidade, pois não desperdiça recursos escassos e é mais democrática, pois não passa por cima das individualidades.

Essas autoras afirmam que a focalização é a tradução dos vocábulos ingleses *estargetting* ou *target-oriented*, usados nos Estados Unidos e nos países conservadores europeus, que encaravam a pobreza como fenômeno absoluto e não relativo, com todas as implicações que tal concepção gera, tais como: restrição do papel do Estado na proteção social; apelo à generosidade dos ricos para aliviarem o sofrimento dos mais pobres; ênfase na família e no mercado como principais agentes de provisão social; aceitação da desigualdade

social como fato natural. Além disso, o desvio do comportamento da política social para com a satisfação das necessidades sociais e a adoção de soluções técnicas e pontuais, tidas como inovadoras, aparentemente neutras e facilmente controláveis.

Já uma razão histórica fundamental para a adoção do princípio da universalidade tem relação direta com o objetivo democrático, segundo Pereira e Stein (2010), de não discriminar cidadãos no seu acesso a bens e serviços que, por serem públicos, são indivisíveis e deveriam estar à disposição de todos. Não discriminar, por essa perspectiva:

Significa não estabelecer critérios desiguais de elegibilidade que humilhem, envergonhem, estigmatizem e corrompam o status de cidadania de quem precisa de proteção social pública. Significa, também, não encarar a política pública (especialmente a assistência social) como fardo governamental ou desperdício a ser cortado a todo custo. Além disso, outra razão histórica importante para a adoção do princípio da universalidade decorreu da descoberta feita por várias forças sociais em pugna pela democracia da ideia de prevenção nele contida (PEREIRA; STEIN, 2010, p.111).

Associando a prevenção ao princípio da universalidade, o conceito de direitos sociais funciona como um antídoto a toda sorte de agressões e constrangimentos impostos aos pobres, no processo de satisfação de suas necessidades básicas e como arma de luta por melhores condições de vida e de cidadania. Assim, devido à complexidade da operacionalização desse princípio numa sociedade de classe, aliada à prevalência da concepção de política social como receita técnica de governo, Pereira e Stein (2010) afirmam que a ideia de seletividade foi se sobrepondo à de universalidade, reforçada pelo pensamento liberal do fim dos anos 70.

Essas autoras mostram os argumentos apresentados pelos adeptos da focalização ou do universalismo segmentado, os quais defendem esse direcionamento por acreditarem aplicar critérios redistributivos e igualitaristas com mais eficácia e moralidade; enfrentarem situações de pobreza e exclusão de forma mais orientada e efetiva; renderem gastos menores e, tecnicamente, atuarem de forma mais eficaz na gerência de programas e projetos a serem desenvolvidos.

Embora Pereira e Stein (2010) não sejam adeptas da focalização ou do universalismo focalizado, as mesmas afirmam que a seletividade não é senão a focalização na pobreza, apresentando-as como sinônimas. Ou seja, seria a seletividade dos gastos sociais, significando garantir que os subsídios públicos cheguem aos cidadãos mais necessitados, sem que os grupos menos necessitados deles se apropriem indevidamente, constituindo assim numa discriminação positiva em relação aos outros grupos em melhores condições socioeconômicas e capazes de adquirir serviços por conta própria.

Pereira e Stein (2010) abordam o posicionamento da Cepal¹⁶, que defende uma concertação estratégica entre os princípios da universalidade e seletividade, propondo um reforçamento mútuo. No entanto, essas autoras não acreditam nessa concertação mas, ao contrário, ocorreria uma seletividade iníqua, centrada nos gastos sociais, que exige das políticas sociais (em especial da Assistência Social) a criação de estratégias que diminuam as necessidades humanas a sua mísera expressão animal, a fim de reduzir as despesas do Estado. As autoras ainda vão mais além, afirmando que a seletividade que poderia manter relações dinâmicas com a universalidade, transformou-se em focalização e, portanto, em um princípio antagônico a essa.

Do ponto de vista político, Pereira e Stein (2010, p.116) verificam que:

Os mecanismos reguladores das políticas sociais focalizadas contêm vícios arcaicos e anacrônicos, como os constrangedores e vexatórios testes de meios (comprovação compulsória de pobreza); a fraudemania (mania de ver em cada pobre que recorre à proteção social do Estado um fraudador); condicionalidades ou contrapartidas, como se o alvo da proteção tivesse alguma falta pessoal a expiar; e o estigma, que transforma cidadãos de direitos em incômodos “dependentes” da “ajuda estatal”.

Dessa forma, tais mecanismos não são e nem nunca foram veículos de inclusão social, pois têm como principal objetivo excluir e manter excluído o máximo possível de demandantes da proteção do Estado para aliviar as despesas governamentais com áreas consideradas improdutivas.

3.3.2 Focalização e seletividade não são sinônimas, mas podem estar numa relação de complementaridade com a universalidade

Segundo Boschetti e Teixeira (2004), o princípio da universalidade, garantido legalmente, aponta que a Assistência Social deve ser entendida e implementada tendo como horizonte a redução de desigualdades sociais, não significando que os direitos assistenciais devam ser garantidos a todos, pobres e ricos indiscriminadamente, mas que devem agir no sentido de buscar a inclusão de cidadãos no universo de bens, serviços e direitos, que são patrimônio de todos.

As autoras apontam dois sentidos para a universalidade: o primeiro que busca garantir o acesso aos direitos assistenciais a todo o universo demarcado pela Loas, ou seja, a todos os que estão encaixados nas categorias, critérios e condições estabelecidos em lei; e o segundo,

¹⁶ Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

articular a Assistência às demais políticas sociais e econômicas, tendo como perspectiva a inclusão dos cidadãos nos bens e serviços prestados pelas demais políticas sociais.

Segundo Boschetti e Teixeira (2004), nos 10 anos de Loas o princípio da universalidade foi desrespeitado e subjugado pela política neoliberal que priorizou os ajustes fiscais e políticas monetaristas em detrimento de investimentos sociais. Ao invés da universalidade, as autoras afirmam que em todo esse período a política de Assistência Social foi estruturada com base em princípios como seletividade e focalização, que se diferenciam de priorização, embora muitas vezes as primeiras sejam defendidas em nome dela.

No caso da Assistência, Boschetti e Teixeira (2004) afirmam que a priorização deveria ter como horizonte a inclusão nos benefícios, serviços, programas e projetos de todos aqueles que se encontram em situação de pobreza e necessidade demarcada pela legislação e, ainda, atuar no sentido da ampliação da sua abrangência, de modo a superar e/ou eliminar os critérios restritivos incorporados pela legislação. O referido conceito difere do de seletividade, o qual se rege pelo intuito de eleger, selecionar, definir quem deve passar pela “peneira” ou pelo crivo. Assim, os objetivos da seletividade não são estabelecer estratégias para ampliar os direitos, mas definir regras e critérios para escolher quem vai ser selecionado para ser incluído (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2004).

Nesse sentido, a focalização não pode ser entendida como sinônimo de seletividade. No sentido vernacular, focalização significa pôr em foco, fazer voltar a atenção para algo que se quer destacar, evidenciar. Assim, focalização pode ser compatível com universalização, como no exemplo dado pelas autoras, em que no universo de pessoas atendidas em uma creche, é preciso focalizar aquelas crianças desnutridas, com ações para combater a desnutrição. “Nessa direção, focalizar não é restringir o acesso aos direitos, mas no universo atendido, diferenciar aquelas que necessitam de atenção especial para reduzir as desigualdades” (BOSCHETTI; TEIXEIRA, 2004, p.4). No entanto, a focalização pode ser negativa, quando associada à seletividade, restringe e reduz as ações.

Nessa mesma direção caminha Almeida (2011) quando diz que em uma sociedade como a brasileira, com alto grau de desigualdade, parece coerente pensar-se nas políticas focalizadas como necessárias para a construção de igualdade aos direitos sociais universais, sendo, portanto, complementares.

Para Almeida (2011), embora a necessidade de políticas focalizadas para garantir o acesso de alguns grupos a condições dignas de vida seja aceitável dentro da sociedade de forma geral, é indiscutível que dependendo do modelo de Estado e sociedade a que essas estejam se dando, corre-se o risco de que as mesmas sirvam como paliativos para a

desigualdade social e não como meio de resultar na conquista de direitos sociais coletivos, na direção de uma sociedade menos desigual.

Isso porque não se pode, segundo Almeida (2011), em nome da espera pela possibilidade de atender a todos, deixar que direitos básicos não sejam atendidos nas camadas mais pobres de nossa sociedade, medida que pode vir em forma de políticas focalizadas de caráter de curto prazo. Entretanto, não se pode assumir também que não haja um plano em médio e longo prazos para que essas políticas e direitos estejam garantidos a toda a população sem que sejam necessárias políticas focalizadas para isso, já que essas servem de forma apropriada como caminho, mas não como solução definitiva, devendo ser transformadas em garantia de direitos básicos e dignidade de vida a toda a população.

Outras duas autoras também caminham na direção da complementaridade entre focalização e universalidade, sendo elas Célia Kerstenetzky, que possui vários textos nos quais discute esses termos e que inclusive também serviu de referência para Livia Alvarenga, a qual também será posta em discussão por compartilhar das mesmas ideias a respeito desses termos.

Alvarenga (2011) não trabalha com o termo seletividade, mas apenas faz uma relação da focalização com a universalidade, de que essas podem estar numa relação de complementaridade. A autora afirma que o governo brasileiro passou a utilizar de forma cada vez mais significativa as políticas sociais focalizadas, embora essas tenham se assentado fortemente na hipótese da existência de um aparato de proteção social com acesso universal.

Corroborando com Alvarenga (2011); Almeida (2011); Boschetti; Teixeira (2004), Kerstenetzky (2012, p.261), em seu livro “O Estado do Bem-Estar Social na Idade da Razão” em uma passagem diz que:

A universalização de políticas públicas requer, em situações de desigualdades extremas e duradouras, gastos focalizados em segmentos específicos (grupos ou territórios). Do mesmo modo que a universalização pode ser a melhor forma de atingir segmentos específicos, pode ser necessário complementar políticas universais com ações visando grupos selecionados. De todo modo, políticas focalizadas devem estar integradas em corpos abrangentes de políticas universais de garantias de direitos, até mesmo para protegê-las de uma economia política perversa.

É nesse sentido que Kerstenetzky (2009) defende o mix de universalismo e de focalização na provisão adicional de serviços, em que o elemento de focalização funcionaria não em uma lógica residualista, muito menos como um princípio de segregação, mas como uma regra de prioridade na expansão dos serviços sociais, a fim de não excluir as classes médias e alcançar primeiro os pobres. Uma abordagem de comunidade, ao invés da focalização seletiva (família por família), poderia funcionar nesse sentido. Assim, esquemas

universalistas com estratégias de focalização atuando em seu interior poderiam ajudar a tornar o sistema viável, de modo que reduzisse desigualdades e superasse o impasse distributivo.

Para a mesma, políticas sociais focalizadas desconectadas de práticas universalistas podem enfraquecer a disposição para pagar impostos que as financiem por meio do princípio de segregação que está inscrito nelas, segundo o qual “alguns pagam enquanto outros se beneficiam”. Se a política é percebida desta forma, tem de contar com um sentido de solidariedade muito forte (quase irracional), que ela mesma impossibilita, na medida em que reforça a segregação.

Kertenetzky (2006) retrata que a ideia corrente que se tem sobre universalização é a de que se trata da garantia de direitos sociais e a focalização como noções residualistas de justiça, mas a autora não concorda, pois defende que tanto políticas focalizadas como universais podem estar a serviço do Estado ou do mercado.

Para a autora, quando está a serviço do Estado é a justiça estadocêntrica, em que cabe ao mercado a primazia na alocação de recursos econômicos, tal concepção ou conjunto de concepções arroga uma importante função complementar – principalmente na (re)distribuição de vantagens socioeconômicas – ao Estado. Já quando estão a serviço do mercado é chamada de mercadocêntrica, em que se atribui ao mercado a função de distribuição das vantagens econômicas (através de salários diferenciados), cabendo ao Estado zelar pela lei e a ordem necessárias ao seu funcionamento, o que implica na garantia de direitos de propriedade e do cumprimento dos contratos, além de proteção contra a fraude. Com base nesses conceitos, a autora considera a Justiça Social do Mercado como uma concepção fina e a Justiça Social do Estado como uma concepção espessa de Justiça Social.

Na concepção fina de Justiça Social se pode encontrar tanto políticas universais quanto focalizadas, em que o Estado seria apenas uma espécie de protetor para os momentos de infortúnios da história ou da vida, como no caso de doenças e guerras, por exemplo. O próprio EUA seria um modelo de uma rede de proteção social mínima e a Política Social propriamente dita fica a cargo do mercado (KERSTENETZKY, 2006).

Na concepção espessa de Justiça Social a focalização aparece como uma ação reparatória, ao invés de residual, como na concepção fina. Isso significa dizer que na concepção espessa, ao se focalizar uma política social, segundo Kertenetzky (2006, p. 570):

[...] como ação reparatória, necessária para restituir a grupos sociais o acesso efetivo a direitos universais formalmente iguais – acesso que teria sido perdido como resultado de injustiças passadas, em virtude, por exemplo, de desiguais oportunidades de realização de gerações passadas que se transmitiram às presentes na perpetuação da desigualdade de recursos e capacidades.

Kertenetzky (2006) afirma que o importante a se ressaltar aqui é que, numa concepção espessa de Justiça Social, os programas focalizados trabalhariam em conjunto com políticas universais, ou seja, não existiria uma lógica de substituição, como na concepção fina de Justiça Social. Portanto, o contraste não está situado entre focalização e universalização e, sim, nas concepções de Justiça Social.

A partir de Kertenetzky (2006), organizou-se um quadro associativo dessas concepções para facilitar a relação entre as políticas e a justiça social, que segue abaixo:

Quadro 8: Paralelo das concepções de justiça e as políticas de focalização e universalização

CONCEPÇÃO	FOCALIZAÇÃO	UNIVERSALIZAÇÃO
FINA	Residualismo, ou seja, rede de proteção social mínima.	Seguridade social, educação e saúde básicas.
ESPESSA	Alocação redistributiva de recursos para geração de oportunidades sociais e econômicas para os grupos sociais em desvantagem relativa	Seguridade social, educação e saúde universais e generosas.

Fonte: elaborado pela autora com base em Kertenetzky (2006).

Kertenetzky (2009) afirma ainda que a associação entre os dois tipos de políticas (focalização e universalização) é positiva e tende a gerar benefícios, reforçando a solidariedade entre os indivíduos e aumentando a disposição para pagar aqueles não beneficiários das políticas focalizadas. No entanto, o grande desafio é encontrar esse ponto de equilíbrio.

É nesse sentido que Kerstenetzky (2009) vai dizer que a focalização perfeita é quando todos os indivíduos elegíveis, e apenas esses, são atendidos, que é a chamada focalização universalizante, que defende, sobretudo para o caso brasileiro, mas que dificilmente é factível”. Alvarenga (2011) diz que na prática é preciso optar por minimizar o erro de exclusão, o qual tende a reduzir os custos da política, mas também a não incluir indivíduos elegíveis; ou ainda o erro de inclusão, o qual tende a elevar os custos das políticas, à medida que indivíduos não elegíveis podem ser incluídos.

Portanto, para Alvarenga (2011), um programa focalizado eficiente é aquele que atende exclusivamente todas as pessoas elegíveis; no entanto, quanto mais rigoroso é o programa, maiores serão os custos da sua administração, impondo um dilema ao formulador da política focalizada. Dessa forma, a definição dos conceitos de elegibilidade do programa acaba resultando na inclusão ou exclusão indevidas, o que se, por um lado, o erro de inclusão

diminui a eficiência do programa, por outro lado, o erro de exclusão não atende parte da população alvo.

Analizando os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, aqui já comentado, o qual apresenta uma renda limite *per capita* de apenas R\$ 140,00¹⁷ reais, atende a mais de 12 milhões de famílias; e o Benefício de Prestação Continuada – que se constitui numa garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com idade de 65 anos ou mais, que comprovem não possuírem meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida pela família (renda mensal bruta inferior a 1/4 do salário mínimo) – atende 12 milhões. Alvarenga (2011) afirma que os dois juntos beneficiam mais de 40% da população, sendo que ambos os benefícios pertencem à política de Assistência Social brasileira, e ambos constituem programas focalizados, que visam garantir um nível mínimo de renda ao público-alvo.

Nessa questão dos programas sociais, Camargo (2003) afirma que um dos pontos importantes a se decidir é pela universalização, seja pela universalização do acesso mínimo aos serviços ou universalização da oferta total dos serviços. Essas decisões são importantes, pois, dada a disponibilidade de recursos, quanto mais universais são os programas sociais, menos recursos serão apropriados pelos grupos de renda mais baixos. Portanto, se o propósito é diminuir a desigualdade e a pobreza, algum critério de focalização deve ser introduzido no desenho dos programas sociais, trabalhando, assim como os demais autores aqui expostos nesse tópico, com a complementaridade. Nesta focalização, segundo o autor, propõe-se que seja adotado o critério geográfico, ou seja, a região (bairro, cidade, etc.) de residência dos cidadãos que se quer atingir.

Assim, ainda que se reconheçam, segundo Alvarenga (2011), os resultados positivos associados aos programas, especialmente o imediatismo do alívio da pobreza e da miséria, a mesma faz o seguinte questionamento: até quando os ganhos de atender 40% da população de forma focalizada serão maiores do que atender a toda a população com qualidade e de forma universal?

O referido questionamento encontra explicação em Kerstenetzky (2009), quando essa explicita que programas de proteção social formulados para serem focalizados e limitados encontram menor base de expansão e sustentação política, daí que países que adotam políticas focalizadas tendem a ter orçamentos sociais menores, apresentando menor capacidade de

¹⁷ Valor atualizado para a data do artigo, que é 2011.

redistribuição, posto que obterão menor apoio político, tanto menos for inclusiva a política social, o chamado paradoxo da redistribuição.

Assim sendo, para Kerstenetzky (2009) os países que segmentaram seus serviços sociais são os mais desiguais e com os menores orçamentos dentre os países desenvolvidos, e aqueles que universalizaram esses serviços, são os menos desiguais e com orçamentos sociais maiores. Tais resultados decorreriam de que quando todos (ou quase) usam os mesmos serviços, dispõem-se a pagar por eles – nesse caso, sobretudo os não pobres, que redirecionariam suas despesas pessoais em serviços privados, para impostos que financiassem os sistemas públicos. Desse modo, quando todos usam os mesmos serviços, as desigualdades sociais são minimizadas, pois ao se misturarem os pobres aos não pobres, a classe média bem informada e escolarizada aumenta o controle social sobre os serviços, cooperando para melhorar a qualidade desses.

Mas, para que de fato a universalização reduza as desigualdades em uma sociedade tão desigual quanto a nossa, a universalização deve ser orientada para aquele estrato da população que é mais privado de serviços de qualidade, sem, contudo, levar à segmentação (KERSTENETZKY, 2012). Por exemplo, na educação, segundo a autora, isso se traduziria em escolas deliberadamente socialmente mistas, para melhorar as oportunidades de realização educacional dos mais pobres, que provêm de famílias com diminuto background educacional. Ao se ter escolas públicas com boa qualidade de ensino, a classe média optará pelas mesmas, tornando-se mistas. Nessas, a universalização com focalização requer também a expansão da jornada escolar – idealmente jornadas integrais – essencial em países com altos níveis de desigualdade, onde várias oportunidades de realização estão fora da escola e acessíveis apenas aos não pobres.

Nesse sentido é que Alvarenga (2011) vai ressaltar que os gastos com transferência de renda são classificados entre os gastos mais redistributivos, mas que sua capacidade de redistribuição se eleva, à medida que a cobertura aumenta, diga-se, à medida que há tendência à universalização do benefício. Assim é que a autora faz uso de uma citação de Ocampo (2008) para encerrar a defesa de seu argumento: a melhor forma de garantir a focalização dos resultados da política é a universalização, e que os programas seletivos¹⁸ devem ser subsidiários da política social universal, jamais substitutos.

¹⁸ O autor Ocampo (2008) utiliza o termo *selectividad* como forma de reduzir o peso conceitual ideológico que se associou ao termo focalização, mas Alvarenga (2011) não o utiliza na obra em destaque, a não ser como citação desse autor.

No entanto, Alvarenga (2011) encerra sua discussão afirmando que os gestores da política pública não foram capazes de promover uma combinação adequada de políticas focalizadas e universais adotadas no Brasil. E, assim, as políticas de cunho universal seguem enfraquecidas, com pouco alcance em termos de resultado e cobertura, enquanto que as políticas focalizadas de transferência de renda seguem em expansão, precisando do aparato que lhes torna capazes de garantir direitos, equacionar a pobreza e reduzir a desigualdade em longo prazo.

Mas é preciso, antes de tudo, para se concluir por tais direcionamentos quanto aos programas de transferência de renda, analisar as mudanças que estes programas de transferência de renda, como o Bolsa Família e o BPC, tiveram ao longo dos anos, verificando se estas se direcionam no caminho da universalidade ou da focalização já asseverada por Alvarenga, a qual será feita no próximo capítulo.

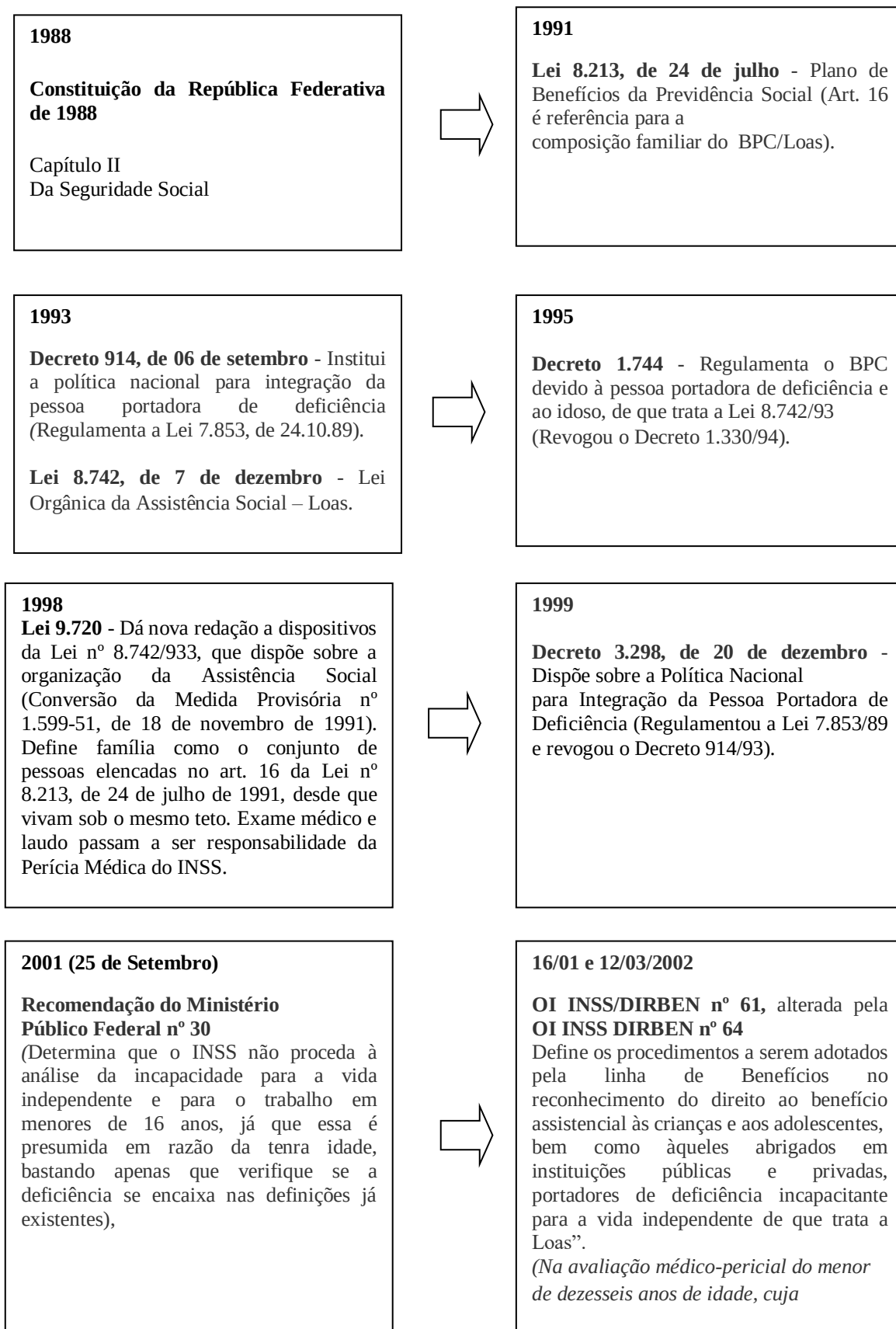
4 MUDANÇAS NO BPC E BOLSA FAMÍLIA AO LONGO DO NOVO MILÊNIO 2000: universalização no grupo segmentado ou ampliação da seletividade?

Neste capítulo serão apresentadas as mudanças e repercussões sofridas pelo BPC e Bolsa Família ao longo do novo milênio, apontando, num primeiro momento, a trajetória da fundamentação legal do BPC desde o seu surgimento até o ano de 2014; as mudanças mais significativas pelas quais esse benefício passou ao longo desse período, assim como em relação ao processo de revisão; trazendo o novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência e dois projetos importantes desse – o BPC Escola e o BPC Trabalho. Além de contemplar a evolução das concessões e dos gastos do BPC (espécies 87 e 88) de 1996 a 2014, analisando estatisticamente o crescimento desse benefício no período destacado.

Já o segundo momento será dedicado aos relatos das mudanças sofridas pelo Bolsa Família a partir de seu surgimento, em 2003, até 2014, apontando as legislações normativas mais significativas ao longo desse período e quais mudanças trouxeram; a apresentação do Plano Brasil Sem Miséria e do Brasil Carinhoso; assim como a evolução das famílias beneficiárias do Bolsa Família e despesas orçamentárias destinadas ao Programa de 2004 a 2014. E, por fim, o orçamento da Seguridade Social no Brasil, com foco na evolução do orçamento da Assistência Social, fazendo uma correlação do crescimento desta política em relação à saúde e à previdência social.

4.1 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DO BPC DESDE O SEU SURGIMENTO ATÉ O ANO DE 2014

Nestes diagramas a seguir estão expostas as legislações que trouxeram alterações significativas para o BPC ao longo de uma trajetória histórica, tomando como ponto de partida, na linha do tempo, a Constituição Federal de 1988, trazendo as principais normativas (leis, decretos, orientações internas, memorandos e portarias do INSS), a fim de apresentar toda a evolução conceitual e de procedimentos necessários para a concessão do benefício até 2014, que permitam ter subsídios de análise das mudanças pelas quais esse benefício tem passado desde a sua implementação, sobretudo a partir dos anos 2000.

Figura 1: Evolução legislativa do BPC – Linha do Tempo

2001 (Maio)

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – OMS.



2001 (Maio)

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – OMS.

2003

OI 81 INSS/DIRBEN, de 15 de janeiro - Define os procedimentos para a concessão, atualização e revisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de que trata a Lei nº 8.742/93.

Lei 10.741, de 01 de outubro - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.



2004

Decreto 5.296, de 2 de dezembro - Prioridade de atendimento às pessoas portadoras de deficiência e promoção da acessibilidade dessas e das com mobilidade reduzida (Altera o artigo 4º do Decreto 3.298/99, que trata do enquadramento como deficiência).

2006

Portaria Interministerial MDS/MPS nº 01, de 5 de maio - Dispõe sobre a descentralização de recursos do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social para as despesas de operacionalização e pagamento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e da Renda Mensal Vitalícia a ser realizado pelo Ministério da Previdência Social.

Presunção de incapacidade para o trabalho para menores de 16 anos



2006

Memo-Circular nº 25 DIRBEN/CGBENIN, de 18 de setembro - Presunção de incapacidade para o trabalho para menores de 16 anos.

2007

Decreto 6.214, de 26 de setembro - Regulamenta o BPC para a pessoa com deficiência e para o idoso, revogando o Decreto 1.744/95) (com posteriores alterações efetuadas pelo Decreto 6.564, de 12.09.08).

Memorando-Circular Conjunto DIRBEN/PFEINSS nº 08, de 10 de julho - Presunção de Incapacidade para o trabalho e para os atos da vida independente para menores de 16.



2008

OI 188 INSS/DIRBEN - Manual de Procedimentos de Benefícios - MPB - Reconhecimento Inicial de Direitos - Parte XI - Pecúlio e Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC/Loas.

Decreto nº 6.564, de 12 de setembro Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e dá outras providências.

2009

Memorando – Circular Conjunto nº 12 DIRBEN/DIRAT/DRH, de 27 de maio - Implantação do novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para reconhecimento do direito ao BPC/Loas e do Sistema de Avaliação de Benefício de Prestação Continuada – SIAVBPC para os Benefícios da Espécie 87.



2009

Portaria Conjunta nº 01, de 29 de maio - Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes do Benefício da Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

Memorando Circular Conjunto nº 24 DIRBEN/DIRSAT/DIRAT, de 16 de outubro - Não exigência de apresentação do Termo de Curatela em requerimento de Benefício de Prestação Continuada/BPC - Espécie 87.

2010

Memo Circular nº 14 DIRBEN/CGRDPB, de 23 de abril de 2010 - Acumulação do benefício de pensão especial hanseníase (espécie 96) com benefício assistencial (espécie 87 e 88).

Portaria nº 706/MDS, de 17 de setembro - Dispõe sobre o cadastramento dos benefícios de BPC e de suas famílias no CadÚnico do Governo Federal.



2011

Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011 - Altera a Lei nº 8 742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social (novos critérios de família).

2011

Decreto nº 7 617, de 17 de novembro - Altera o Regulamento do Benefício da Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007(regulamenta as Leis nº 12.435 e 12.470).

Resolução nº 34, de 28 de novembro de 2011 - Define a habilitação e a reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social e estabelece seus requisitos.



2012

BPC no Cadastro único.

Memorando Circular nº 3/DIRBEN/INSS, de 26 de janeiro - Exigência de Comprovante de domicílio e residência para o requerente do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.

Memo Circular nº 5 DIRBEN/INSS de 08 de março - Exigência de CPF para concessão do BPC.

2014

Portaria Conjunta nº 2, de 19 de setembro

Estabelece critérios e procedimentos a serem adotados pelo Instituto Nacional do Seguro Social na operacionalização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC e dá outras providências.

É importante destacar que boa parte destas legislações apresentadas na linha do tempo se encontra mais detalhada nos quadros que seguem, uma trazendo as mudanças na legislação do BPC idoso e a outra trazendo as mudanças na legislação do BPC em relação à pessoa com deficiência, uma vez que desde a sua implementação, em 1996, o BPC vem passando por várias alterações, seja na idade mínima de concessão para o idoso, seja nos critérios de acesso, etapas de concessão, documentos cobrados, sistemas operacionais, dentre outros. Apesar de o objetivo deste trabalho ser apresentar as mudanças pelas quais o benefício passou ao longo dos anos 2000; no entanto, serão apresentadas suas mudanças nos vários critérios já relatados desde quando foi implementado, até mesmo para melhor visualização das modificações que esse sofreu desde o seu surgimento.

Além disso, os quadros (ver quadros no apêndice 1 e 2) vão expor sua própria evolução conceitual dos termos “pessoa portadora de deficiência” e “pessoa com deficiência”, de modo que o leitor visualize as mudanças de um recorte histórico para outro, permitindo associar a referida mudança a determinado dispositivo legal e perceber quais trouxeram evoluções ou recuos no acesso ao benefício e assim avaliar se estas mudanças caminham para a focalização do acesso ao mesmo ou a sua universalização.

4.2 ANÁLISE DAS MUDANÇAS TEMPORAIS EM RELAÇÃO AO BPC DEFICIENTE E IDOSO

Neste quadro que compreende as mudanças que a legislação do BPC Idoso (B88) sofreu desde a sua implementação, até o ano de 2014, serão apresentadas, por recorte histórico, de acordo com o surgimento de novas legislações/normativas que tragam alterações significativas em relação a esse beneficiário em destaque.

As primeiras mudanças se referem ao recorte histórico do período de 98 a 2003, apontando as mudanças observadas em relação ao seu período de surgimento, que foi em 1996. As referidas mudanças, nesse período, dizem respeito à idade e ao conceito de família, uma vez que a idade mínima para o idoso ter direito ao BPC foi reduzida de 70 para 67 anos, e o conceito de família deixou de considerar a família mononuclear para contemplar o rol de pessoas elencadas na lei nº 8.213/91, o que para Gomes (2004), é um conceito de família impróprio e mais excludente, pois essa lei que trata do Plano de Benefícios da Previdência Social imprime à Assistência Social a lógica do regime contributivo.

Soares Júnior (2014) considera também que essa mudança do conceito de família mononuclear para o da Lei 8.213 muito restritivo, pois o primeiro contempla qualquer

parentesco, por afinidade ou por consanguinidade, desde que houvesse a coabitação, poderia ser reconhecido como família para a formação da renda *per capita* averiguada na concessão do benefício assistencial, enquanto o outro conceito considera apenas o vínculo de consanguinidade entre filhos menores ou inválidos, irmãos menores ou inválidos, pais e o vínculo matrimonial ou de união estável é que poderá ser levado em consideração para a formação da renda familiar *per capita*, ainda assim, desde que esses parentes vivam sob o mesmo teto.

Dessa forma, do ponto de vista conceitual, essa alteração no conceito de família pode ser considerada um certo retrocesso, por desconsiderar a infinidade de arranjos familiares que não necessariamente passam pela questão do parentesco ou da consanguinidade. Assim como é importante frisar que essa alteração do conceito não necessariamente corresponde em restrição de acesso ao benefício, uma vez que o fato de se considerar determinadas pessoas como membros da família para o cômputo da renda, só é vantajoso quando essas não possuem renda, devendo-se ressaltar, ainda, o avanço que houve em relação à redução da idade, contribuindo para aumentar o número de beneficiários, assim como diminuindo o tempo de espera para ter direito a requerer o benefício.

O recorte temporal que vai de 2004 a 2007 traz como mudanças mais significativas, novamente a redução da idade, que passa de 67 para 65 anos, assim como a possibilidade de o benefício concedido a um idoso não ser computado como renda no cálculo para o benefício de outro idoso, constituindo-se em duas conquistas do Estatuto do Idoso.

Neste mesmo recorte temporal, em relação ao item “etapas de concessão”, o idoso pode ser submetido a uma avaliação social realizada pelas Assistentes Sociais do município, a fim de subsidiar a decisão do INSS, mas apenas naqueles casos que o órgão julgar necessário. Introdução essa considerada já um começo da relevância que o olhar sobre as condições sociais de vida do idoso deveria ter no acesso do mesmo ao benefício. Além da possibilidade de acúmulo do BPC com a Pensão Especial de vida aos dependentes das vítimas da hemodiálise de Caruaru (PE), prevista na Lei 9.422, de 24 de dezembro de 1996.

No recorte temporal de 2008 a 2009, a alteração mais visível é a do conceito de família, em que antes eram feitas especificações em relação ao filho para ser considerado do grupo familiar, colocando-o como de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, enquanto que a partir desse recorte não há especificação a respeito de filhos, entendendo assim que todos os filhos, independente da condição ou idade, são considerados no cômputo da renda. Da mesma forma, o decreto 6.214/2007 (BRASIL, 2007b) também estabelece que a

madrasta e o padrasto se equiparam aos pais, da mesma forma que o enteado se equipara ao filho, até que as condições do arranjo familiar permaneçam.

Do ponto de vista conceitual, é fato considerar que filho, mesmo sendo maior de idade, morando com os pais e desempregado, passa a ser dependente economicamente dos mesmos e, portanto, deve integrar o grupo familiar, e não apenas os menores de idade e inválidos, como se a maioria os fizessem independentes economicamente dos pais, quando na realidade essa relação de dependência acaba perdurando por tempo não determinado por idade ou maturidade. Da mesma forma, também se constitui uma evolução conceitual considerar a madrasta e o padrasto equivalentes a pais, pois muitas vezes é exatamente isso o que acontece, e esses não eram considerados até então, da mesma forma que os enteados também passam a ser considerados legalmente no mesmo patamar de filhos na composição de grupo familiar.

No entanto, quanto à interferência que estas pequenas alterações possam ter na concessão de um benefício a um idoso, é bastante relativa, uma vez que em determinada situação pode ser vantajosa e em outra desvantajosa, dependendo, evidentemente, se cada um desses membros que comporão o grupo familiar do idoso tenha renda. Portanto, é vantajoso ter mais pessoas de uma mesma casa compondo o grupo familiar de um idoso quando as mesmas não têm renda, pois assim elas contribuem para diminuir a renda *per capita* do grupo familiar.

Quanto ao recorte temporal de 2010 a 2012, advieram alterações em relação ao conceito de família, documentos e possibilidade de acúmulo de benefício. Com o Decreto nº 7.617/2011, a comprovação do domicílio e residência no Brasil, quando do protocolo do requerimento do Benefício de Prestação Continuada, passa a ser obrigatória para que o benefício seja concedido. Da mesma forma, mais uma vez o conceito de família é reformulado através desse mesmo decreto, no qual altera afirmando que filhos, irmãos e enteados só são incluídos no grupo familiar se solteiros, o que do ponto de vista conceitual, não deixa de ser um retrocesso, uma vez que mesmo casados e sendo sustentados pelos pais, como ainda acontece em muitos lares brasileiros, passam (para o referido Decreto) a não mais comporem o grupo familiar.

Já outra alteração trazida ainda nesse período diz respeito à possibilidade de acumulação do benefício de pensão especial hanseníase (espécie 96) com o benefício assistencial (espécie 87 e 88), constituindo-se, portanto, numa possibilidade de acúmulo desses dois benefícios, já reconhecidos legalmente, assim como não é mais impedimento para que o requerente consiga o benefício. Podendo, portanto, ser considerada um avanço, por não

restringir o acesso a um benefício assistencial, só pelo fato de a pessoa ter uma pensão em decorrência de uma doença grave que deixa sequelas.

E, por fim, o último recorte compreendido por 2013 e 2014, os quais trazem como alterações documentos, os beneficiários e requisitos de concessão. Em relação ao item documentos, o CPF passa a ser condição para a concessão do benefício, alteração essa que não traz nenhum grande obstáculo, mas, ao contrário, ajuda na identificação do beneficiário em caso de homônimos e até em casos de fraudes.

Nesse recorte também houve inclusão de novos beneficiários, como a inclusão da pessoa idosa e da pessoa com deficiência de nacionalidade portuguesa, que comprove domicílio e residência no território brasileiro; além disso, passou a abranger também os trabalhadores portuários avulsos, a partir dos 60 anos de idade, que não cumpriram os requisitos para a aquisição das modalidades de aposentadoria por invalidez, por idade, por tempo de contribuição e especial, previstas nos art. 42, 48, 52 e 57 da Lei nº 8.213, que comprovem não possuir meios para prover a sua subsistência.

Essas duas inclusões no rol de possíveis beneficiários do BPC constituem em um avanço, pois ao invés de restringir beneficiários, amplia-se o leque desses, passando a contemplar pessoas que antes não podiam nem ao menos requerer o benefício, como no caso dos portugueses de baixa renda residentes no Brasil, assim como possibilitando que os trabalhadores portuários possam dispor desse benefício já aos 60 anos de idade, uma vez que se constitui uma idade avançada para ainda se trabalhar em portos.

Portanto, percebe-se que houve várias alterações em alguns dos critérios aqui relatados, embora alguns não tenham sido comentados, mas que se encontram relacionados em estudo comparativo nos quadros. Mas, o que se pode frisar é que três critérios continuam praticamente intactos em todos os recortes históricos no tocante à pessoa idosa, que são o valor do benefício equivalente a um salário mínimo desde o seu surgimento até hoje; o outro diz respeito à faixa do corte de renda que continua no valor de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo também até hoje, apesar de vários projetos tramitando para que se aumente para meio salário mínimo; e por último, as etapas de concessão, que só tiveram uma pequena mudança no período de 2004 a 2007, sendo que depois desse período voltou a ser realizada, como sempre, apenas pelo setor administrativo, sem utilização de avaliação social.

Mas apesar de todas essas mudanças, não se percebe algo tão impactante em relação ao BPC voltado à pessoa idosa, mas apenas alterações pontuais a fim de focalizar ainda mais o beneficiário em destaque, a não ser em relação à idade, critério esse que acarreta diretamente no aumento do número de concessões. No entanto, apesar dos retrocessos e

avanços, percebe-se que o objetivo é chegar cada vez mais próximo do beneficiário foco desta espécie, que é o idoso sem condições de se sustentar e sem condições de aposentar-se.

Já em relação à pessoa com deficiência serão expostas as mudanças que essa espécie (B87) vem passando desde a sua implementação, em 1996, até 2014, centrando-se basicamente em torno de dois itens: “conceitos de família” quando define o conceito de pessoa com deficiência ou portador de deficiência, enfatizando essas alterações conceituais ao longo dos recortes históricos e o item “etapas de concessão”, pois todos os outros já foram discutidos há pouco na análise das mudanças na legislação da pessoa idosa, uma vez que são alterações comuns que dizem respeito a ambos os beneficiários.

Em seus dois primeiros anos de concessão (de 96 a 98) do benefício, espécie B87, este adotava o conceito de pessoa portadora de deficiência com base na Lei 8.742/93 e no decreto 1.744/95 que trazem a pessoa portadora de deficiência como aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho, alterando em seu próximo recorte histórico (98 a 2003) novamente o conceito, porém, conservando a nomenclatura pessoa portadora de deficiência.

Neste recorte, o decreto 3.298/98 conceitua pessoa portadora de deficiência como aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Ou seja, o conceito é reformulado e pouco se altera em termos de conceituação, apenas alguns termos que são acrescidos e que pouco repercutem em termos do processo de concessão.

Outra alteração diz respeito a etapas de concessão do BPC 87, pois de 96 a 98 o processo de requerimento do benefício era realizado através de uma análise do setor administrativo (balcão) + avaliação multiprofissional (Laudo de Avaliação expedido pelo serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS ou dos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional do INSS, que era apreciado pela Perícia Médica do INSS, para enquadramento da deficiência por meio do ACRÓSTICO AVALIEMOS); no entanto, a partir da Lei 9.720/98, o processo de requerimento passa a ser realizado pelo setor administrativo (balcão) + perícia médica do INSS (exame médico pericial e laudos realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS), uma vez que são extintas as equipes multidisciplinares na expedição de laudos, sendo aceitos apenas dos peritos do INSS.

Segundo Gomes (2004), essa alteração significou o estabelecimento de medidas restritivas para enquadramento da pessoa portadora de deficiência, com a extinção das equipes multidisciplinares de avaliação, deixando a seleção a critério exclusivo de médico perito do INSS, além da perda de outros olhares profissionais no enquadramento da deficiência, como se essa fosse algo apenas patológico, constituindo-se, portanto, num retrocesso tanto conceitual quanto pelo fato de isso acarretar na redução de concessões do benefício.

No recorte histórico de 2004 a 2008, o conceito praticamente se mantém em relação ao recorte anterior, mudando apenas alguns termos, assim como aconteceu neste último e o item em que realmente se percebem mudanças se dá no “etapas de concessão”. Nesse, o processo de requerimento do benefício passa pelo setor administrativo do INSS (balcão) + perícia médica e avaliação social (optativa), feita por Assistentes Sociais da Prefeitura; enquanto no anterior passava apenas pelo setor administrativo (balcão) + perícia médica do INSS. Esta mudança traz como avanço a possibilidade, mesmo que optativa, de ser incluída uma avaliação social na análise de concessão do benefício ao deficiente, por já começar a entender a influência e relevância que os aspectos sociais têm diante da deficiência e não apenas o aspecto patológico em si.

Outro recorte definido foi o período de 2008 a junho de 2009, nesse também foram observadas alterações no item “etapas de concessão”, em que em relação ao anterior a avaliação da deficiência e da incapacidade voltou a ficar restrita ao exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do INSS, assim como para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada às crianças e adolescentes menores de dezesesseis anos de idade; deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho.

Verificando-se, portanto, um retrocesso quanto à retirada da avaliação social, mesmo que optativa da avaliação do processo concessivo, mas, ao mesmo tempo, obteve-se um avanço em relação à avaliação da deficiência em crianças e adolescentes menores de dezesesseis anos, pois apesar de parecer bastante lógico e coerente, é importante que isso venha sistematizado e reconhecido em legislação para que a falta de definições não dê lugar a subjetividades ou avaliações inconsistentes.

No recorte de junho de 2009 a julho de 2011 houve a mudança de nomenclatura, pois se passou a chamar pessoa com deficiência, em vez de pessoa portadora de deficiência, assim como a definição também acompanhou a mudança de nome. Com a implementação do

decreto nº 6.214/2007, pessoa com deficiência é aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho; assim como foi introduzido o conceito de incapacidade como sendo um fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social.

Outra mudança se deu com relação ao item “etapas de concessão”, uma vez que o decreto acima citado veio instituir a avaliação social como uma das etapas para a concessão do BPC 87, ficando assim o fluxo de requerimento para dar entrada no benefício: setor administrativo do INSS (balcão) + avaliação social + perícia médica; constituindo-se, então, o que vem sendo chamado do novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência. Cada um desses procedimentos possui instrumentais específicos operacionalizados em sistema para tal, que é o SIAVBPC. Além disso, a presunção de Incapacidade para o trabalho e para os atos da vida independente para menores de 16 (dezesesseis anos), reconhecido no Memorando-Circular Conjunto DIRBEN/PFEINSS nº 08.

É válido ressaltar que a concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde – CIF, que é a atual classificação desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), substituindo, conforme Farias e Buchalla (2005), o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social.

Dessa forma, esse recorte histórico foi o que trouxe mudanças mais significativas por trazer essa nova proposta de avaliação baseada em estudos e instrumentos específicos da temática da pessoa com deficiência. Assim, seja do ponto de vista conceitual, seja na ampliação do olhar sobre a deficiência e na proximidade com o caráter assistencial do benefício, ao colocar uma avaliação social em sua concessão e numa tentativa de procurar abarcar um maior número de pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social.

Primeiramente, a alteração de nomenclatura já demonstra a preocupação com a evolução do conceito e com os avanços das discussões feitas quanto à temática “deficiência” em nível internacional, como a CIF por exemplo. Além disso, perceber que a deficiência é um conceito em evolução e que nesse novo modelo se introduz um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: essas não são apenas consequências das condições de

saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto ambiental físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Já no recorte histórico, de julho de 2011 a 2012, foi regulamentada pelo decreto nº 7.617/2011 uma inovação no requisito para ser considerada uma pessoa com deficiência, pois tem que ter impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas, sendo que nesse entendimento do impedimento de longo prazo, o decreto o especifica como aquele que incapacita a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos, tanto é que essa indagação foi introduzida inclusive no acróstico de avaliação médico-pericial do benefício.

Tal alteração veio ao mesmo tempo restringir direitos, como também seletivizar cada vez mais quem é o deficiente que deve ter direito ao benefício, dentro de um universo de deficientes, somente aqueles que além de preencherem os requisitos de renda, provarem a sua incapacidade para o trabalho e para a vida independente, a qual deve ser superior a dois anos, contemplando assim as deficiências graves ou completas, deixando de fora aquelas deficiências que não sejam de longo prazo ou que não incapacitem totalmente para o trabalho e para a vida independente. Alteração essa que se constitui num retrocesso e na busca de maior seletividade no acesso ao benefício.

O último e atual recorte histórico, que corresponde a 2013 e 2014, veio apenas sistematizar as últimas orientações através da portaria nº 2, de 19 de setembro de 2014, podendo apenas ressaltar que pequenas modificações foram feitas: uma delas foi a implantação do Sistema Integrado de Benefícios (Sibe) em substituição ao SIAVBPC, com a promessa de integrar os benefícios, melhorando e agilizando o processo concessório. Assim como essa portaria veio também lembrar a garantia do segurado ter suas despesas de transporte e diárias pagas com recursos oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social – Fnas, pagas pelo INSS, para que o requerente possa se deslocar até o município mais próximo em que haja os serviços de Perícia Médica e de Serviço Social. Constituindo-se essas em avanços, desde, claro, que sejam cumpridas tal e qual a norma.

Portanto, o que se percebe é que o Benefício de Prestação Continuada, seja a espécie 87 ou 88, é cheio de avanços e retrocessos, tanto do aspecto conceitual quanto do aspecto de ampliação do benefício como um direito social. No entanto, a impressão que se tem é que os retrocessos apagam os avanços, o que contribui para vê-lo, conforme Gomes (2004), como

um direito restrito e arbitrário, posto que guiado pelo princípio de menor elegibilidade e que tem sofrido sucessivas restrições.

Assim, o que se percebe de modo geral é que o BPC, através de suas várias mudanças, sobretudo a partir dos anos 2000, busca sim adequar-se a novas discussões temáticas, tanto da pessoa idosa quanto da pessoa com deficiência, mas numa perspectiva de se aprimorar os instrumentais e requisitos que levem o benefício a chegar cada vez mais próximo do idoso pobre sem condições de sustento e de amparo pela família, assim como da pessoa com deficiência grave ou de longo prazo em condições de graves barreiras ambientais e de participação social, ou seja, na perspectiva da focalização defendida por Kerstenetzky (2009) e Alvarenga (2011), embora não seja a focalização perfeita proposta pela primeira, nem uma focalização eficiente abordada pela segunda autora, por ainda não contemplar todos os indivíduos elegíveis e apenas esses.

Mas há que se ressaltar, sobretudo em relação à espécie 87, que a mudança da forma de avaliação da pessoa com deficiência para ter acesso ao benefício foi sim uma inovação ao dar esse novo olhar acerca do que é ser deficiente em um país de graves desigualdades sociais, em que um cadeirante pertencente à classe A enfrenta poucas barreiras em seu dia a dia, se comparado a um cadeirante da classe C, que muitas vezes possui nem mesmo a cadeira de rodas. Daí o porquê de ser feito um tópico para melhor explicitar esse novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência, com foco para a avaliação social.

4.2.1 Mudanças na revisão do BPC deficiente e idoso

A revisão do BPC está prevista no art. 21 da Lei 8.742/93 – Loas, cujo objetivo é verificar se permanecem as condições que lhe deram origem, devendo ser revisto a cada dois anos da concessão. Como o BPC começou sua concessão em 1996 (conforme quadro abaixo), sua revisão, consequentemente, deveria ter iniciado em 1998. No entanto, essa teve início apenas em outubro de 1999, data em que foram assegurados recursos para esta finalidade, tal como mostra o quadro a seguir:

Quadro 11: Mudanças no BPC quanto à revisão

ETAPAS	PERÍODO DE CONCESSÃO	QUANTIDADE	INÍCIO DA REVISÃO	PROCEDIMENTO ADOTADO NA REVISÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	PROCEDIMENTO ADOTADO NA REVISÃO DO IDOSO	CONCEITO DE FAMÍLIA UTILIZADO
Primeira	01.01.1996 a 30.04.1997	458.024	Outubro de 1999	ADM + AVALIAÇÃO SOCIAL através do ACRÓSTICO SOCIAL + PERÍCIA MÉDICA DO INSS	ADM + AVALIAÇÃO SOCIAL através do ACRÓSTICO SOCIAL	Revistos com base no conceito original de família que considera "a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes".
Segunda	01.05.1997 a 31.12.1998	452.926	Janeiro de 2001	ADM + AVALIAÇÃO SOCIAL (QUE PODE INDICAR A NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA DO INSS)	ADM + AVALIAÇÃO SOCIAL através do ACRÓSTICO SOCIAL	Revistos com base no conceito de família vigente: "o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei 8.213/91, desde que vivam sob o mesmo teto", assim entendido: o requerente, cônjuge ou companheiro (a), os pais, os filhos menores de 21 anos ou inválidos e os equiparados a essa condição (tutelado, enteado) e os irmãos menores de 21 anos ou inválidos, desde que vivam sob o

						mesmo teto.
Terceira	01.01.1999 a 31.07.2000	320.241	Junho de 2002			
Quarta	01.08.2000 a 30.11.2001	217.558	Dezembro de 2003			
Quinta	01.12.2001 a 30.07.2003	398.346	Fevereiro de 2005			
Total de Benefícios revistos		1.847.095				

Fonte: Elaborado pela própria autora com base em: Orientação Interna/INSS/DIRBEN nº 58, de 18 de dezembro de 2001 (INSS, 2001); REVISÃO DA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA 5ª ETAPA (BRASIL, 2005b).

O processo de revisão do BPC tem início com uma avaliação social realizada por assistentes sociais nos Municípios, em visitas domiciliares aos beneficiários, utilizando instrumentos instituídos para essa finalidade: Declaração de Composição do Grupo e Renda Familiar, Avaliação Social de Idosos e Pessoas com Deficiência e a Coleta das Informações Sociais Complementares. As informações que contemplam aspectos pessoais, sociais, econômicos e culturais, bem como sobre a infraestrutura do entorno onde vivem os beneficiários e suas famílias, são coletadas, digitadas e enviadas à Agência do INSS responsável pela realização de perícia médica e conclusão do processo de revisão, para verificar se, na forma da lei, o beneficiário continua preenchendo os requisitos para manutenção do benefício. As informações são ainda utilizadas pelas Secretarias de Assistência Social no diagnóstico e planejamento de ações para os beneficiários e suas famílias (BRASIL, 2005b).

Portanto, a avaliação social realizada pelos Assistentes Sociais do município tem o objetivo de aferir, segundo Gomes (2004), o nível de renda dos idosos e, no caso dos portadores de deficiência, também a situação de vulnerabilidade. A outra condição pertinente ao portador de deficiência verificará sua incapacidade para a vida independente e para o trabalho, a qual será atribuída até sete pontos, os quais serão somados à perícia médica, a cargo do INSS e a quem também compete, por meio de sua agência concedente, a decisão final acerca do cancelamento ou manutenção do benefício.

A realização de avaliação social na revisão foi considerada um avanço, segundo Gomes (2004), pela Secretaria de Estado da Assistência Social (Seas), por levar em conta as condições de vulnerabilidade social no enquadramento da deficiência, muito embora, na própria concessão, ela ainda não ser utilizada. A avaliação social que surgiu em forma do

acróstico social se constituiu, conforme a Seas (GOMES, 2004), em um instrumento de inclusão, reconhecendo que fatores sociais, da idade e da renda influenciam na situação de vulnerabilidade social do beneficiário e no seu enquadramento. No entanto, a própria autora contesta a opinião da Seas por não acreditar que a avaliação seja um avanço, uma vez que essa está sendo utilizada apenas na revisão e não para novos ingressos, o que não constitui nenhum avanço.

Já num segundo momento, que corresponde à segunda etapa do processo de revisão (conforme quadro acima), foi introduzida uma mudança nesse processo, de que a pessoa portadora de deficiência só seria submetida à perícia médica por indicação do avaliador social (Assistentes Sociais do município), o que não deixa de ser um reconhecimento, de acordo com Gomes (2004), do quadro de irreversibilidade da deficiência, dado o rigor seletivo limitado àquela considerada severa e profunda.

Quanto às etapas subsequentes, não foi encontrado nada em sua literatura relativo a sua operacionalização. No entanto, a experiência da autora deste trabalho, enquanto Assistente Social e, na oportunidade, ter participado de uma revisão de BPC, assim que tomou posse no INSS, o que se conclui é que o procedimento da segunda etapa continuou sendo adotado até 2008, pois já em 2009 a única mudança detectada era que ao invés de serem as Assistentes Sociais do município a preencherem o acróstico social, passarão a ser as Assistentes Sociais do INSS, sendo que depois dessa data nunca mais houve nenhuma etapa de revisão do benefício.

É interessante ressaltar, em relação à operacionalização das revisões, o fato de que em cada revisão deve ser considerado o conceito de família vigente à época da concessão do mesmo, ficando assim considerados, segundo Brasil (2005b):

- Benefícios concedidos até 10.08.97: serão revistos com base no conceito original de família que considera "a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes";
- Benefícios concedidos a partir de 11.08.97: serão revistos com base no conceito de família vigente: "o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei 8.213/91, desde que viva sob o mesmo teto", assim entendido: o requerente, cônjuge ou companheiro(a), os pais, os filhos menores de 21 anos ou inválidos e os equiparados a essa condição (tutelado, enteado) e os irmãos menores de 21 anos ou inválidos, desde que vivam sob o mesmo teto.

Embora a revisão oficialmente tenha iniciado em 1999, foi temporariamente suspensa por determinação do Ministério, dada a preocupação do governo com seu impacto naquele

mesmo ano de eleições municipais, tendo sido retomada e parcialmente concluída em 2000, na maioria dos Estados. Assim, foram revisados 70% dos benefícios, conforme Gomes (2004), utilizando dados do balanço estatístico do Mpas/Seas/Gerência do BPC, no que tange às avaliações sociais realizadas, 47.070 perícias médicas, correspondendo a apenas 13% do total.

Em 2002, foram revisados, na segunda etapa, os benefícios concedidos no período de 1/5/97 a 31/12/98, num total de 452.926, sendo 227.434 relativos às pessoas portadoras de deficiência e 152.646 aos idosos; além de 72.846 remanescentes da primeira etapa. Já na terceira etapa, também em 2002, somou um quantitativo de 180 mil benefícios, concedidos no período de 1/1/99 a 31/12/99, sendo que na sequência foi realizada a revisão automática dos benefícios, na medida em que foram completando dois anos de concessão.

De acordo com a Revisão da Concessão da 5ª etapa (BRASIL, 2005b), a relação dos benefícios a serem revisados é elaborada pela Dataprev, a partir das informações do Sistema Único de Benefícios – SUB, abrangendo todos os Estados da Federação e o Distrito Federal, e será disponibilizada por meio do sistema informatizado Revas às Secretarias Estaduais de Assistência Social ou congêneres, e dessas para as Secretarias Municipais de Assistência Social ou congêneres. A execução do processo de revisão envolve o MDS – Secretaria Nacional de Assistência Social, o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS, a Dataprev e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, de forma articulada, com financiamento e competências preestabelecidas em convênios assinados entre as partes.

De forma geral, percebe-se que a revisão em relação ao idoso não mudou absolutamente nada em relação ao seu procedimento, apenas a respeito do conceito de família utilizado em razão do seu período de concessão. Já quanto à pessoa portadora de deficiência, sendo esse ainda o termo utilizado nos períodos destacados, sofreu uma alteração na operacionalização da revisão em sua segunda etapa, quando dá autonomia ao Assistente Social para decidir se o referido beneficiário deficiente precisa ou não se submeter à perícia médica, por considerar que as deficiências graves e severas geralmente são irreversíveis, assim como contribuindo para reduzir a supremacia que o olhar médico exerce no enquadramento das deficiências.

Com relação a essa redução do olhar médico no enquadramento das deficiências, mostra-se como uma mudança das mais significativas quanto ao BPC deficiente, daí a importância de se dedicar um tópico para melhor explicar esse novo modelo de avaliação que trouxe alterações significativas da ressignificação de ser deficiente.

4.2.2 Novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência

Um grande problema do BPC para pessoas com deficiência se encontra na imprecisão conceitual sobre a deficiência. Mas, chegou-se ao consenso do entendimento de que a deficiência não pode ser identificada apenas por atributos corporais dos indivíduos, mas que deve ser entendida como o resultado da interação dos atributos corporais, atributos socioeconômicos e o meio em que vive a pessoa (SILVA, 2010). Nesse sentido é que foi criado o Decreto 6.214/2007, para que na avaliação de incapacidade fosse levado em consideração a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social, na concessão do BPC à pessoa com deficiência.

No entanto, segundo Silva (2010), não foram encontrados princípios constitucionais que contribuam no entendimento de incapacidade, como absoluta, o que parece caracterizar a elegibilidade da pessoa com deficiência ao BPC. Esse, que seleciona pessoas incapazes para o trabalho e para a vida independente, a identificação da incapacidade foi tradicionalmente feita por médicos peritos treinados para ver a incapacidade para o trabalho como um fenômeno exclusivamente biológico, cuja intensidade é medida em exames clínicos e comparada a um padrão de referência. Todavia, essa visão vem sendo superada com o novo modelo de acesso ao benefício.

Se antes, conforme Nunes (2011), a incapacidade para o trabalho era avaliada em termos de impedimento de realização de alguma atividade laborativa devido à deficiência, hoje, com a rediscussão e ampliação de conceitos, a incapacidade para o trabalho é aquela que o incapacita de conseguir um trabalho cuja remuneração seja suficiente para assegurar a própria subsistência, havendo assim um deslocamento do modelo médico de deficiência para o modelo social, que leva em conta o acesso a uma renda que permita condições dignas de vida.

Até porque a legislação voltada à pessoa com deficiência teve muitos avanços legais com a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, de acordo com Brasil (2011e), assinada em março de 2007, em Nova York, tendo o Brasil ratificado em 2008, através de uma Emenda Constitucional no art. 5º, reconhecendo-o como um instrumento que gera maior respeito aos Direitos Humanos.

A Convenção estabelece que os Estados-Parte reconhecem e reafirmam todas as medidas necessárias para assegurar o direito à vida, à saúde, à educação, à mobilidade, ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2011e); assim

como vários outros direitos à pessoa com deficiência, contribuindo assim para a quebra da invisibilidade que esse sujeito sofreu ao longo de vários anos, colocando-o no cenário internacional como detentores de direitos, independente de quaisquer limitações que possam ter.

Portanto, a Convenção e seu Protocolo Facultativo se constituem numa referência para o que o Brasil precisa e já está começando a construir: que é um país com acessibilidade, no seu sentido mais amplo. Sobretudo, reconhecendo atualmente que não é o limite individual que determina a deficiência, mas, sim, as barreiras existentes nos espaços, no meio físico, na informação, no transporte, na comunicação e nos serviços.

O referido entendimento fez com que, segundo Barbosa; Diniz e Medeiros (2010), surgisse uma tensão entre os modelos biomédicos e social de definição de deficiência, especialmente quando os impedimentos corporais têm implicações objetivas para a participação das pessoas na vida social. Esses mesmos autores afirmam que os próprios médicos peritos estão assumindo o papel de protagonistas na mudança do modo de operar o BPC em direção a um modelo de compreensão da deficiência que leva em conta a interação com o meio e os demais atributos individuais.

Em decorrência dessas alterações que visem contemplar a interferência do meio social em relação à deficiência apresentada é que outros conceitos surgem, como o de acessibilidade, que passa a ser a palavra de ordem da vez. Além disso, outro reflexo dessa mudança é a perda do protagonismo do sistema de classificação de corpos, denominado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que passou a ser utilizado em complementariedade à Classificação Internacional de Doenças (CID). Tendo o primeiro ainda sido utilizado para a elaboração da avaliação social que passaria a compor o instrumental de avaliação ao benefício.

Toda essa tensão existente entre o modelo médico e social e a percepção de que o modelo biomédico por si só não era mais suficiente para definir a elegibilidade do BPC apenas pela deficiência em si, fez surgir a necessidade de ir além da avaliação médica. Dessa forma, foi reconhecida a necessidade premente de se adotar tanto a perícia médica, que sempre ocorreu desde o início do BPC, quanto a avaliação social, realizada pelo Serviço Social do INSS, uma vez entendendo que o fenômeno da deficiência vai além do aspecto médico, devendo ser considerados também os aspectos sociais na avaliação para saber se uma pessoa com deficiência é elegível ao benefício (SILVA, 2010).

Assim, em junho de 2009 foi implantado o novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para fins do BPC. Este modelo surgiu com o objetivo de aprimorar a

gestão do benefício no que diz respeito aos procedimentos relativos à avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho, para fins de concessão, de forma a diminuir o grau de arbitrariedade e subjetividade do modelo existente anteriormente (NUNES, 2011). Tal modelo buscou atender as reivindicações deliberadas nas Conferências Nacionais da Assistência Social.

O novo modelo passou a ser utilizado na concessão, manutenção e revisão do BPC, o qual consistia em uma avaliação médico-pericial e em uma avaliação social realizadas, respectivamente, por médicos e assistentes sociais do INSS. Segundo Brasil (2010b), através da nota técnica DBAISNAS (MDS nº 69, esse modelo incorpora uma abordagem multidimensional da funcionalidade, da incapacidade e da saúde, tal como preconiza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Doença e Saúde (CIF), da OMS e conforme determina o Decreto nº 6.214/2007. Assim, além das deficiências nas funções e estruturas do corpo, passou a considerar os fatores contextuais (ambientais e pessoais), a acessibilidade e a participação da pessoa com deficiência na sociedade.

Ainda segundo essa nota técnica, tal modelo se encontra em conformidade com a tendência mundial de atentar para os fatores biopsicossociais que compreendem a saúde sob uma perspectiva biológica, individual e social. Neste sentido, o modelo introduzido traduz o reconhecimento de que os fatores contextuais são primordiais para qualificar a concessão do benefício.

Assim, diferentes dimensões da saúde (biológica, individual e social), ao serem apreendidas e consideradas na avaliação social e médica, permitem uma visão de totalidade, entendendo o fenômeno da incapacidade para a vida independente e trabalho nos seus múltiplos aspectos (ALVARENGA *et al.*, 2008). Ao se reconhecer essa multiplicidade de aspectos, há a superação do modelo biomédico, centrado apenas na estrutura do corpo afetada.

Tal compreensão, conforme já salientada no referido trabalho, encontra-se fundamentada na CIF, a qual utiliza a terminologia “incapacidade” para definir um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre pessoas e seu ambiente físico e social. Dessa forma, a utilização da CIF e de seu arcabouço conceitual deu um caráter mais coerente à avaliação da incapacidade da pessoa com deficiência ao trabalho e à vida independente.

Mas o que seria mesmo a avaliação social? Segundo Alvarenga *et al.* (2008, p.2):

Avaliação social é um instrumento técnico-operacional que tem por finalidade realizar o estudo e emitir a opinião profissional sobre o grau de barreiras existente em relação aos fatores contextuais, ou seja, as condições pessoais e do ambiente físico, social e do ambiente físico, social e de atitude onde vive o indivíduo e o grau das dificuldades existentes em relação à atividade e à participação.

De modo análogo, a IN 45, art. 385, § 4º, afirma que a avaliação social realizar-se-á por meio de um instrumento técnico destinado à caracterização da deficiência e do grau de incapacidade, na qual se considera, para identificação de barreiras e dificuldades, os fatores ambientais, sociais, pessoais, a limitação do desempenho de atividades e a restrição de participação social dos requerentes do BPC.

Assim é que Moreira (2011) afirma que na avaliação das condições de vida – fatores contextuais (pessoais e ambientais) e atividade/participação social do requerente é fundamental que o conceito de vulnerabilidade social não individualize a análise, mas que contribua para entender este requerente no contexto social de aprofundamento das desigualdades sociais e redução do acesso aos direitos, como é o caso da Previdência Social.

É por isso que esta autora mais uma vez afirma que a adoção da CIF na avaliação social permitiu que a introdução da dimensão social fosse estratégica para a análise do fenômeno da incapacidade na Previdência Social, a qual sofre reflexos da política econômica e da lógica do contribuinte e do seguro privado, sem pleno controle social e sem efetiva participação dos usuários. Tendo sido essa introdução uma das mudanças que mais contribuiu para uma concessão mais refletida, justa e humanizada da concessão do benefício à pessoa com deficiência.

Mas, então, como tudo isso acontece? Primeiramente, o requerente dá entrada no BPC 87, no setor administrativo – balcão – onde é apresentada toda a documentação exigida para habilitação inicial desse. Em seguida, o requerente é encaminhado ao Serviço Social para submeter-se à avaliação social, a qual tem início com o registro da história social, onde deverão constar aspectos relevantes observados que possam respaldar a qualificação dada nas unidades de classificação e nos domínios, a serem apresentados ainda neste tópico. Além disso, deve-se registrar o que é relevante para subsidiar a avaliação médica, nos componentes funções do corpo e atividades e participação, sempre tendo como referência o compromisso ético-político.

No formulário de avaliação social ainda constam dois campos de preenchimento: um que pergunta a cobertura previdenciária do requerente, informando se o mesmo nunca foi segurado, se perdeu a qualidade de segurado, se é dependente de segurado ou outra opção; sendo assinalada a alternativa compatível com a realidade identificada na entrevista, na análise da documentação pessoal ou do processo administrativo do requerente. Já o outro campo pergunta a deficiência informada, permitindo registrar a deficiência informada pelo usuário ou seu representante legal, possibilitando conhecer como o usuário se vê enquanto pessoa com deficiência.

Uma vez preenchidos esses campos, parte-se para os domínios que se encontram subordinados aos componentes “fatores ambientais” e “atividades e participação”. Mas, antes, vale observar que o componente “fatores ambientais” apresenta como qualificadores¹⁹ os seguintes para a pontuação dos domínios: 0 – nenhuma barreira (nenhuma, ausente, escassa); 1 – barreira leve (leve, baixa); 2 – barreira moderada (média, regular); 3 – barreira grave (alta, extrema); 4 – barreira completa (total). Já o componente “atividades e participação” apresenta como qualificadores²⁰: 0 – nenhuma dificuldade (nenhuma, ausente, escassa); 1 – dificuldade leve (ligeira, baixa); 2 – dificuldade moderada (média, regular); 3 – dificuldade grave (alta, extrema); 4 – dificuldade completa (total).

Desta forma, apresentados os qualificadores dos domínios, os quais permitem ao assistente social avaliar o grau de barreiras enfrentadas pela pessoa com deficiência em seu dia a dia, assim como grau de dificuldade de limitação e participação deste indivíduo em sua vida social, é que se deve conhecer tais domínios e classificações, apresentados logo abaixo, os quais foram extraídos da CIF (2003):

- Domínio I – Produtos e Tecnologia: referem-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente projetado para melhorar a funcionalidade de uma pessoa incapacitada. É formado pelas seguintes unidades de classificação: produtos e substâncias para consumo pessoal; produtos e tecnologia para mobilidade na vida diária; produtos e tecnologia para comunicação; produtos e tecnologia para educação, cultura e lazer; produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção de edifícios para uso público/privado;

- Domínio II – Condições de Moradia e Mudanças Ambientais: referem-se ao ambiente natural ou físico, sendo formado pelas seguintes unidades de classificação: nível de vulnerabilidade e risco social do território de moradia; e situação e condição de moradia;

- Domínio III – Apoio e Relacionamentos: referem-se às pessoas que fornecem proteção, apoio físico ou emocional, podendo ser na casa, no trabalho, na escola, dentre outros. É formado pelas seguintes unidades de classificação: apoio e proteção da família; apoio e relacionamento com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade; apoio e relacionamento com profissionais da educação, saúde e cuidadores e condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos;

¹⁹ Escala que indica a extensão em que um fator ambiental age como barreira (CIF, 2003).

²⁰ Escala que indica a extensão da dificuldade devido à limitação de atividades e restrição de participação (CIF, 2003).

- Domínio IV – Atitudes: referem-se às atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas, tendo como unidades de classificação: vive situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e negligentes de conhecidos, companheiro, colegas, vizinhos, membros da comunidade, profissionais de saúde e de educação e outros;

- Domínio V – Serviços, Sistemas e Políticas: referem-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social, apresentando as seguintes unidades de classificação: serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos; de transporte; de políticas legais; de saúde; de educação e treinamento; e de assistência social;

- Domínio VI – Vida doméstica: refere-se à realização das ações e tarefas domésticas do dia a dia, tendo como unidade de classificação: tem problema em realizar atividade e ter responsabilidades relacionadas à vida doméstica e de cooperar com os demais membros da família;

- Domínio VII – Relações e Interações Interpessoais: referem-se à realização de ações e condutas que são necessários para estabelecer, com outras pessoas (estranhos, amigos, parentes, familiares e companheiros), interações pessoais de maneira contextual e socialmente estabelecidas. Possui as seguintes unidades de classificação: tem problema para se relacionar com os outros; mantém relações sociais, interagindo com afeto e respeito nos relacionamentos;

- Domínio VIII – Áreas Principais da Vida: referem-se à realização de tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação e nas transações econômicas, tendo como unidades de classificação: tem problema em realizar atividades e cumprir as responsabilidades relacionadas à escola; coopera com os demais alunos; em participar de programas educacionais para graduação ou nível superior; em realizar transações econômicas básicas, utilizando dinheiro para efetivar compras ou trocas de mercadorias;

- Domínio IX – Vida Comunitária, Social e Cívica: referem-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica. É formado pelas seguintes unidades de classificação: tem problema em participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais; problema em participar de atividades recreativas e de lazer; problema em participar da vida política e cidadania.

Assim, ao término da avaliação social se tem o resultado final dos fatores ambientais e o resultado parcial de atividades e participação, o qual será combinado com a pontuação deste componente da avaliação médico-pericial e, logo depois, compartilhado com a pontuação do componente “funções do corpo”, ou seja, as conjugações desses três componentes indicarão se o requerente/usuário se enquadra ou não nos requisitos determinados pelo art. 20, parágrafo 2º da Lei 8.642/1993, apresentando incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Além disso, recentes mudanças ocorridas a partir da segunda metade de 2011 já apontam outro motivo para o indeferimento, que é o impedimento de curto/médio prazo²¹, por não se enquadrar na definição de pessoas com deficiência da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados pelo decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgadas pelo Decreto nº 6.949/2009. Tal motivo de indeferimento foi acrescido pela Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011, a qual alterou a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Dessa forma, percebe-se que o instrumental foi minimamente refletido, discutido e elaborado com base em fundamentação teórica que vise contemplar todas as barreiras e dificuldades enfrentadas pela pessoa com deficiência no acesso a uma vida mais justa, principalmente num país como o nosso, de graves desigualdades sociais, em que a pessoa com deficiência, mesmo com capacidade laborativa, não tem oportunidade de sobreviver do seu próprio labor, seja por falta de oportunidade ou mesmo por preconceito, colocando-o à margem da sociedade. É nesse sentido que o uso do instrumental necessita de um olhar crítico, investigativo, político e ético do profissional, de modo a qualificar e ressignificar as respostas dos requerentes, visando à preservação e ampliação de direitos (MOREIRA, 2011). Daí que perguntas elencadas nas unidades de classificação têm apenas a função de ajudar e oferecer subsídios no processo de análise, posto que a realidade é mais rica, dinâmica e precisa ser interpretada.

Tal constatação leva a crer que o assistente social não deve se limitar à identificação de barreiras e dificuldades, mas entender e interpretar as questões apresentadas pelo requerente e realizar, se necessário, intervenções que possam contribuir na superação das condições de vida da população requerente de BPC; além disso, contribuindo para fomentar pesquisas e políticas públicas mais inclusivas. Essas talvez sejam uma das maiores contribuições que o novo modelo de avaliação do BPC, através da avaliação social, trouxe para a pessoa com deficiência.

²¹ Ver quadro 10, apêndice B, p. 213.

4.2.3 BPC Escola e BPC Trabalho

O relatório de Gestão da Snas (BRASIL, 2012b) afirma que o MDS tem promovido ações junto aos entes federados e à sociedade, visando assegurar a melhoria da qualidade de vida, a participação e inclusão social dos(as) beneficiários(as) e suas famílias, a exemplo do BPC na Escola e BPC Trabalho, o cadastramento dessas famílias no CadÚnico, concessão da Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) e sua priorização nos Planos Brasil Sem Miséria e Viver sem Limite. Dentre esses, merecem destaque os programas BPC na Escola e o BPC Trabalho, por incentivarem os beneficiários à escolarização e à inserção profissional.

Conforme Documento Orientador BPC na Escola (BRASIL, 2011d), primeiramente foi criado o Programa BPC na Escola, através da Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 abril de 2007, tendo como objetivo desenvolver ações intersetoriais, visando garantir o acesso e a permanência na escola de crianças e adolescentes com deficiência, de 0 a 18 anos, beneficiários do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), com a participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Esse mesmo documento revela que:

Em 2007, foi realizado o primeiro pareamento entre bases de dados do Cadastro Administrativo do BPC (DATAPREV/MPS, base de 2007) e do Censo Escolar (INEP/MEC, ano base 2006), indicando que dos 340.536 beneficiários do BPC pessoas com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, 100.574 (29,53%) estavam matriculados, enquanto 39.962 (70,47%) não tinham registro no sistema regular de ensino (BRASIL, 2011, p.3).

O Programa BPC na Escola, também chamado, em sua portaria (BRASIL, 2007d), de Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC/Loas, compreende como eixos de sua operacionalização:

I - a identificação anual das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC/Loas matriculadas e não matriculadas no sistema regular de ensino, com base nos dados do BPC/Loas e do Censo Escolar, com a disponibilização desses dados para os sistemas de ensino e às Secretarias Municipais de Assistência Social;

II - identificar as principais barreiras para o acesso e permanência na Escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, indicando ações e políticas visando à superação dessas barreiras e que favoreçam a inclusão educacional e social;

III - a instituição e manutenção de banco de dados sobre as ações desenvolvidas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, para a inclusão das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC/Loas na escola;

IV - a análise e estatísticas dos dados do Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência, com vistas aos indicadores de cidadania das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC/Loas.

De acordo com o Relatório de Gestão da Snas (BRASIL, 2012d), as ações desenvolvidas indicam uma significativa elevação de matrículas desses beneficiários nas classes comuns do ensino regular. O cruzamento entre as bases de dados do BPC (Dataprev/MPS) e do EducaCenso (Inep/MEC) havia revelado que, em 2007, apenas 100.574 beneficiários (29,53%) se encontravam matriculados. Em 2010, novo cruzamento indicou uma evolução significativa: dentre os 435.298 beneficiários do BPC com deficiência (até 18 anos), 229.017 (52,61%) se encontravam matriculados na rede escolar.

Com o objetivo de assegurar o acesso e promover a participação e aprendizagem dos beneficiários do BPC, com deficiência, o Ministério da Educação, em 2010, disponibilizou no âmbito do Programa Escola Acessível, recursos financeiros destinados à adequação dos prédios escolares para acessibilidade, resultando em 4.197 estabelecimentos de ensino com matrículas de beneficiários com deficiência, do BPC. Em 2010, 2.778 escolas com matrículas de beneficiários com deficiência receberam Salas de Recursos Multifuncionais e 469 escolas com matrículas de beneficiários com deficiência foram agraciadas pelo Programa de Disponibilização de Notebooks para estudantes cegos (BRASIL, 2012d).

O Relatório do Gestão (BRASIL, 2012d) afirma que em 2011 o Sistema BPC na Escola foi integrado, em etapas, ao Sistema de Autenticação e Autorização (SAA) do MDS e foram oferecidos dois novos módulos: um para o Acompanhamento do Beneficiário e sua Família, onde os técnicos dos Cras puderam visualizar as situações diagnosticadas nos questionários (para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC), cadastrarem os Planos de Acompanhamento dos Beneficiários, informarem e acompanhar as atividades realizadas, e outro módulo referente às Ações Intersetoriais, que permite ao Grupo Gestor Municipal cadastrar e acompanhar as ações intersetoriais, de modo a superar as barreiras identificadas.

Por fim, esse Relatório conclui dizendo que:

O BPC na Escola é uma das ações que compõem o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, lançado em novembro/2011. Com o Plano, a meta do programa foi expandida para a adesão de 100% dos Municípios, resultando na identificação das barreiras de acesso e permanência na escola junto a 224 mil beneficiários do BPC (até 18 anos), o que equivale a 82% do público-alvo estimado, até 2014 (BRASIL, 2012d, p.63).

Já o Programa de Promoção do Acesso das Pessoas com Deficiência, Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, à Qualificação Profissional e ao Mundo do Trabalho – BPC Trabalho, é uma iniciativa do Governo Federal, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), parceria com os Ministérios da Educação (MEC), do Trabalho e Emprego (MTE) e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), organizando compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme Portaria Interministerial MDS/MEC/MTE/SDH-PR nº 2, de 02 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012c).

O Programa BPC Trabalho tem como finalidade, de acordo com Relatório do Gestão (BRASIL, 2012d), a promoção do acesso ao trabalho das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, com primazia da faixa etária de 16 a 45 anos, através de ações integradas entre a Secretaria municipal da Assistência Social e os gestores de outras políticas (educação, trabalho e emprego, ciência e tecnologia), em parceria com entidades sociais, para o desenvolvimento das referidas atividades: identificação do perfil do beneficiário, diagnóstico da situação familiar, avaliação do potencial de trabalho, levantamento das barreiras que obstem o acesso ao trabalho, desenvolvimento dos apoios necessários para a superação das barreiras e promoção do acesso à qualificação profissional e ao trabalho.

O MDS, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (Snas), acompanhando os avanços da legislação nacional, colocou em funcionamento, segundo o Caderno de Orientações Técnicas (BRASIL, 2013a), o Programa BPC Trabalho, por meio de algumas experiências-piloto executadas por municípios no país. Iniciado em novembro de 2009, nos municípios de São Paulo e Santo André(SP), o Projeto-piloto BPC Trabalho incluiu uma parceria com a Federação Nacional das Associações para Valorização de Pessoas com Deficiência – Fenavape.

Em 2011, sete capitais aderiram ao Projeto: Campo Grande, Belém, Fortaleza, Teresina, Porto Alegre, João Pessoa e Recife. A execução, o acompanhamento e a avaliação das experiências contaram com a elaboração de protocolos, planos de ação, definição de fluxos, relatórios e documentos de orientação técnica. O prazo final para fechamento do Projeto-piloto BPC Trabalho e sua avaliação foi convencionado e realizado em setembro de 2012 (BRASIL, 2013).

De acordo com o Caderno de Orientações BPC Trabalho (BRASIL, 2013a, p.10):

Além da experiência-piloto, o Departamento de Benefícios Assistenciais da Secretaria Nacional de Assistência Social (DBA/Snas) promoveu debates com a presença de especialistas na temática da deficiência e das áreas de assistência social, educação e direitos humanos, cujos resultados contribuíram para o aprimoramento do desenho das ações do Programa nas três esferas de governo, bem como para sua ampliação para todo o território nacional.

Deste modo, segundo o Relatório de Gestão (BRASIL, 2012d), a partir do lançamento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, em novembro de 2011, a meta do BPC Trabalho para 2014 passou a ser a implantação do programa em todas as capitais, metrópoles e municípios de grande porte do país, proporcionando o acompanhamento de 50 mil beneficiários. Além disso, o MDS está articulando, através do Ministério da Educação, o acesso dos beneficiários aos cursos oferecidos pelos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, com o objetivo de expandir suas oportunidades educacionais e profissionais.

Pelo exposto, entende-se que o BPC na Escola e o BPC Trabalho, produtos de necessidades verificadas nos beneficiários do BPC, apresentam objetivos claros, específicos e vêm para incentivar e mostrar que a pessoa com deficiência pode e deve estudar, assim como capacitar-se profissionalmente, de modo que possa inserir-se no mercado de trabalho em atividade compatível com a deficiência apresentada. Assim, revelam-se em programas pertinentes e, além disso, refletem o amadurecimento teórico a respeito do que é ser deficiente e da relevância da integração desse benefício com as políticas setoriais. Portanto, esses dois Programas são duas boas iniciativas de avanços registrados nos anos 2000 aos beneficiários do BPC.

4.3 EVOLUÇÕES DAS CONCESSÕES E DOS GASTOS DO BPC (ESPÉCIES 87 E 88) DE 1996 A 2014

De forma a se ter noção do impacto que o BPC tem sobre a pessoa com deficiência e o idoso, faz-se necessário apresentar os dados evolutivos de concessões deste benefício, tanto em relação ao deficiente como ao idoso, assim como a evolução dos gastos sobre esses benefícios e a sua correspondência com o Fundo Nacional de Assistência Social, de modo a demonstrar o quanto esse benefício tem crescido significativamente ao longo dos anos, constituindo-se uma das principais fontes de destinação dos recursos do Fundo. Desta forma, a apresentação e discussão dos dados será dividida em duas partes: contemplando a década de

90 até o início dos anos 2000, apresentadas nas tabelas 1 e 2; depois começando do ano 2003 até o ano 2014, apresentadas nas tabelas 3 e 4. Dessa forma, apresenta-se a seguir as referidas tabelas:

Tabela 1: Evolução das Concessões do BPC PPD e Idoso de 1996 a 2001

UF	Dez/96 PPD*	Dez/96 Idoso	Dez/96 Soma	Dez/97 PPD	Dez/97 Idoso	Dez/97 Soma	Dez/98 PPD	Dez/98 Idoso	Dez/98 Soma
BRASIL SOMA	346.219	41.992	346.210	557.088	88.806	645.894	641.268	207.061	848.299

UF	Dez/99 PPD	Dez/99 Idoso	Dez/99 Soma	Dez/00 PPD	Dez/00 Idoso	Dez/00 Soma	Dez/01 PPD	Dez/01 Idoso	Dez/01 Soma
BRASIL SOMA	720.274	312.299	1.032.573	806.720	403.207	1.209.927	870.072	469.047	1.339.119

* Pessoa portadora de deficiência;

Fonte: Elaborado pela autora com base na tabela “Evolução da concessão com o BPC - Loas no período de 1996 a 2001”, do site do MDS (BRASIL, 2002a).

Tabela 2: Evolução dos gastos do BPC PPD e Idoso de 1996 a 2001

UF	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
	Dez/96 PPD*	Dez/96 Idoso	Dez/96 Soma	Dez/97 PPD	Dez/97 Idoso	Dez/97 Soma	Dez/98 PPD	Dez/98 Idoso	Dez/98 Soma
BRASIL	148.28	24.060.	172.34	674.96	94.771.	769.732.	912.771.	221.428.	1.134.19
SOMA	2.853	088	2.940	1.409	269	678	073	227	9.299

UF	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$
	Dez/99 PPD	Dez/99 Idoso	Dez/99 Soma	Dez/00 PPD	Dez/00 Idoso	Dez/00 Soma	Dez/01 PPD	Dez/01 Idoso	Dez/01 Soma
BRASIL	1.107.2	425.838	1.533.12	1.360.5	640.94	2.001.46	1.767.14	926.877.	2.694.02
SOMA	83.715	.708	2.422	24.997	3.222	8.219	4.248	264	1.512

* Pessoa portadora de deficiência;

Fonte: Elaborado pela autora com base na tabela “Evolução dos gastos com o BPC - Loas efetuados no período de 1996 a 2001”, do site do MDS (BRASIL, 2002b).

Através das tabelas 1 e 2, depreende-se que tanto o número de concessões de BPC 87 quanto do 88, aumentaram em todos os anos apresentados, desde 96 a 2001, assim como os

gastos também só foram aumentando com o passar dos anos, variando a proporção de aumentos de ano para ano, seja em relação ao beneficiário idoso, seja em relação ao beneficiário deficiente.

Assim, tomando como ponto de partida o ano de implementação do benefício (1996), percebe-se que o número de concessões de BPC ao idoso, no ano de 1997, mais que dobrou em relação ao ano de 1996; já em relação ao deficiente, o aumento do número de concessões não alcançou 40%. Quanto aos gastos efetuados com o BPC nesses mesmos períodos, no orçamento destinado ao idoso houve um incremento na ordem de 400% em 1997, em relação ao seu ano de implementação; da mesma forma com o orçamento destinado ao deficiente, houve um incremento de 450%. Dados esses que causam espanto, uma vez que apesar de os gastos terem sido maiores com o BPC 87, o seu número de concessões não teve uma correspondência em relação aos seus gastos.

No entanto, é preciso salientar também que esses dados que mostram os gastos com o BPC não incluem apenas o gasto com as concessões dos benefícios, mas também com os gastos de sua operacionalização, como o pagamento da instituição bancária que faz a execução financeira do benefício ao beneficiário, assim como o pagamento dos profissionais envolvidos na concessão do mesmo. Talvez isso ajude a explicar a discrepância de alguns dados.

Segundo Gomes (2004), em 1994, ano de implementação do benefício, dos R\$ 400 milhões destinados ao Fnas, R\$ 130 milhões foram gastos com o BPC. Ressalte-se que em 1995, quando não existia o benefício, o orçamento total da assistência executado foi de R\$ 290 milhões de reais. Já em 2000, dos R\$ 2,7 bilhões aportados no Fnas, R\$ 1,95 bilhão foi destinado ao benefício, atingindo cerca de 1.250 beneficiários. Números esses que demonstram a prioridade que o BPC está encontrando no Fnas, que de acordo com Silva, Magri (2013), nos Fundos de Assistência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, as receitas são alocadas e executadas; as despesas relativas ao conjunto de ações, serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, levando a identificar o grau de prioridade dessa política por cada esfera de governo. Portanto, a partir da afirmação dos autores, percebe-se que o Fundo Nacional tem colocado como prioridade o BPC, por ser um benefício constitucional e, assim, um direito reclamável judicialmente.

De 1997 para 1998, o número de concessões do BPC ao idoso aumentou 233%, enquanto o aumento de concessões da pessoa portadora de deficiência²² foi inferior a 15%.

²² Nomenclatura adotada de acordo com a adotada nas tabelas em análise.

Esse aumento significativo, mais uma vez das concessões ao idoso, revela o impacto na mudança da idade de concessão do benefício ter passado de 70 para 67, em 1998, repercutindo na elevação do número de concessões; enquanto que em relação à pessoa portadora de deficiência não houve nenhuma mudança tão significativa que pudesse provocar aumento das concessões. Já em relação aos gastos com esse benefício, o orçamento do idoso mais que dobrou, enquanto o orçamento do PPD aumentou em níveis bem inferiores ao do idoso. Nesse caso, o aumento do número de concessões nos dois beneficiários acompanhou os gastos efetuados e vice-versa.

Essas mudanças no orçamento de 1998 em relação ao recorte histórico anterior (1996 a 1997) refletem, conforme Gomes (2004), algumas medidas adotadas no governo de FHC para conter os gastos e atender às prescrições do ajuste fiscal, que na verdade, tratam-se de medidas provisórias reeditadas da Assistência Social, convertidas em leis que vieram modificar a Loas nos seguintes pontos: adoção de um conceito de família impróprio e mais excludente (o conceito de família previdenciária); estabelecimento de medidas restritivas para enquadramento da PCD, com a extinção das equipes multidisciplinares²³ e antecipação da revisão dos benefícios, dadas alardeadas fraudes.

De 1998 para 1999, o número de idosos beneficiários cresceu mais uma vez em maior grau do que os portadores de deficiência, encontrando correspondência nos gastos efetuados, uma vez que o orçamento destinado ao idoso quase dobrou, enquanto o orçamento do PCD teve um baixo crescimento, se comparado ao idoso, que não chegou a 20%. Já de 1999 para 2000, o número de concessões cresceu praticamente na mesma proporção (idoso e pessoa portadora de deficiência), já os orçamentos tiveram aumentos díspares, tendo o orçamento do idoso crescido 50%, enquanto o do deficiente cresceu um pouco mais de 20%.

O ano de 2001, em relação ao ano 2000, também teve um comportamento semelhante ao recorte anterior, uma vez que o número de idosos e de deficientes cresceu na mesma proporção; enquanto que o orçamento do idoso cresceu 30%, o do PCD cresceu 23%. Números esses que demonstram que de 1999 a 2001, tanto o BPC 87 quanto o 88 não sofreram mudanças significativas que pudessem trazer alterações tão elevadas em seu número de concessões, assim como em relação ao orçamento. Mas, o que se pode perceber tomando como base todo o período, é que de 1996 a 2001 o número total de concessões subiu quase 4 vezes, sendo que o de concessões ao idoso aumentou mais de 11 vezes, isso sem falar no orçamento do idoso, que aumentou em mais de 11 vezes nesses 5 anos, demonstrando o

²³ Ver quadro 10, apêndice B, p. 203.

quanto o idoso, nesse período, pôde encontrar um pouco mais de proteção e segurança com a garantia desse amparo assistencial.

Mas como será que continuou essa situação nos anos 2000? Isso é o que será apresentado nas tabelas 3 e 4, retratando a evolução das concessões e dos gastos efetuados do ano de 2003 a 2014 abaixo:

Tabela 3: Evolução das concessões do BPC PCD e Idoso de 2003 a 2014

UF	Número de beneficiários em julho de 2003		Total de benefícios	Número de beneficiários em julho de 2005		Total de benefícios	Número de beneficiários em julho de 2007		Total de benefícios
	PCD*	Idoso		PCD	Idoso		PCD	Idoso	
BRA SIL	1.001.123	633.564	1.634.687	1.177.475	1.009.324	2.186.799	1.334.424	1.242.739	2.577.163

UF	Número de beneficiários em julho de 2009		Total de benefícios	Número de beneficiários em julho de 2010		Total de benefícios	Número de beneficiários em julho de 2011		Total de benefícios
	PCD	Idoso		PCD	Idoso		PCD	Idoso	
BRA SIL	1.563.970	1.492.302	3.056.272	1.714.554	1.587.716	3.302.270	1.854.597	1.662.193	3.516.790

Número de beneficiários em julho de 2013		Total de benefícios	Número de beneficiários em julho de 2014		Total de benefícios
PCD	Idoso		PCD	Idoso	
2.083.644	1.789.408	3.873.052	2.206.625	1.855.680	4.062.305

* Pessoa com Deficiência;

Fonte: Elaborado com base nas tabelas de Benefícios emitidos e recursos gastos nos anos respectivos, do site do MDS (BRASIL, 2014b).

Tabela 4: Evolução dos gastos do BPC PCD e Idoso de 2003 a 2014

UF	Recurso gasto no ano de 2003		SOMA	Recurso gasto no ano de 2005		SOMA	Recurso gasto no ano de 2007		SOMA
	PCD	Idoso		PCD	Idoso		PCD	Idoso	
BRA SIL	1.556.875.206	959.339.600	2.516.214.806	2.252.385.869	1.905.109.648	4.157.495.518	3.389.047.386	3.133.302.467	6.522.349.853

UF	Recurso gasto no ano de 2009		SOMA	Recurso gasto no ano de 2010		SOMA	Recurso gasto no ano de 2011		SOMA
	PCD	Idoso		PCD	Idoso		PCD	Idoso	
BRA SIL	4.944.882.805	4.686.566.305	9.631.449.110	5.968.010.256	5.585.431.919	11.553.442.176	6.908.706.447	6.250.523.385	13.159.229.832

Recurso gasto no ano de 2013		SOMA	Recurso gasto no ano de 2014		SOMA
PCD	Idoso		PCD	Idoso	
11.553.442.176	8.393.752.645	18.123.281.276	11.006.096.795	9.321.010.414	20.327.107.209

* Pessoa com deficiência;

Fonte: Elaborado com base nas tabelas de “Benefícios emitidos por mês e recursos gastos por ano de todos os Estados, do site do MDS (BRASIL, 2014b).

Para Gomes (2004), os gastos com o BPC são crescentes, mês a mês, pois o alcance do benefício depende da decisão do requerente e do preenchimento dos requisitos para acesso ao benefício. Segundo a mesma, entre 1996 e 2002 os gastos com o BPC se multiplicaram em vinte vezes, tendo atingido, em 2002, cerca de quase 3,5 bilhões de reais. No entanto, se comparado o ano de 2003 ao de 2001, percebe-se, através das tabelas acima, que o total de concessões continuou crescendo, embora o orçamento total tenha declinado um pouco, se comparado ao de 2001, uma vez que os recursos destinados ao deficiente diminuam.

A autora atribui esse salto de crescimento da cobertura e gastos no ano 2002 à conjuntura política, supondo que tal ampliação tenha relação com o ano eleitoral para deputados, senadores e presidente da República, em que possivelmente interesses clientelistas provocaram maior afluxo de demanda no momento da ativação da busca de votos em troca de favores e benesses. A mesma diz que os dados do ano de 2003 foram bem semelhantes aos de 2001, o que para a autora reforça a hipótese de uso político dos recursos em 2002, “como sempre ocorreu com o acesso à renda mensal vitalícia quando os ‘padrinhos’ são ativados” (GOMES, 2004, p.146).

Segundo Salvador (2010), os benefícios de assistência social voltados aos idosos (RMV e BPC) cresceram 162,79%, elevando a participação na cobertura da população idosa de 3,95% para 6,92%. O referido aumento, sobretudo a partir de 2003, quando a participação da RMV e do BPC idoso ultrapassou 5%, indicando uma maior presença de benefícios assistenciais na proteção social dos idosos brasileiros. O autor então afirma que a população idosa brasileira vem se tornando cada vez mais dependente da política de assistência social.

Salvador (2010) até justifica esse acréscimo do orçamento com base no fato de que os recursos alocados do Fnas, calculados com base no salário mínimo, tiveram um aumento real de 33,39%, acima do IGP-DI, que juntando à alteração sofrida da idade da pessoa idosa, de 67 para 65 anos para ter direito ao benefício, contribuiu para o aumento do estoque dos benefícios a partir de 2003. Outra parte do acréscimo de recursos é decorrente da RMV (idade e invalidez), extinta em janeiro de 1996, mas mantida para aqueles que já eram beneficiários, que passou a ser alocada no orçamento do Fnas, tanto para o pagamento do benefício como para a execução das ações operacionais, como a remuneração dos agentes financeiros pagadores do benefício. Isso significou, apenas com o pagamento do benefício RMV por idade e invalidez, um acréscimo de R\$ 2.287,79 milhões, ou seja, um incremento real no Fnas, de 23,97% em 2004, com relação a 2003.

As referidas pontuações de Salvador (2010) são comprovadas quando se analisa as tabelas 3 e 4 deste trabalho, e as mesmas revelam que de 2003 a 2005, dentro dos anos 2000, foi o período que teve o maior aumento total do número de concessões, sendo que quase dobrou, tanto o número de concessões aos idosos quanto o orçamento destinado aos mesmos. Enquanto que ao PCD o orçamento teve um aumento de mais de 30%, mas que resultou numa pequena elevação em seu número de concessões, em relação a 2003. Portanto, tais números revelam a relevância do idoso dentro da política de assistência social.

No tocante ao processo de envelhecimento da população brasileira, é relevante expor que de acordo com Camarano (2002, p.27-28):

Por exemplo, a queda da mortalidade, conjugada às melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, bem como a universalização da seguridade social, maior acesso a serviços de saúde e outras mudanças tecnológicas levaram o idoso brasileiro a ter a sua expectativa de sobrevida aumentada, a ter reduzido o seu grau de deficiência física ou mental, a poder chefiar mais suas famílias e a viver menos na casa dos parentes. Também teve o seu rendimento médio aumentado, o que levou a uma redução no seu grau de pobreza e indigência.

Todos esses aspectos, ao mesmo tempo que mostram a maior atenção recebida pelo idoso, de forma geral pela seguridade social, também mostram que a população brasileira está alcançando uma maior longevidade, o que veio a ser confirmado com dados bastante atuais do IBGE (2014) sobre a expectativa de vida do brasileiro, que entre 1980 e 2013 cresceu 12,4 anos, encontrando-se hoje com uma média nacional de 74,9 anos, o que só demonstra que o brasileiro cada vez mais precisa de políticas públicas efetivas para viver uma velhice com condições dignas. Dados esses que servem também para justificar o grande volume de gastos que têm sido feitos com o BPC voltado à pessoa idosa.

De 2005 a 2007, o orçamento total (B87 e 88) cresceu 36%; no entanto, nesse período os gastos com idoso e PCD começam a ficar equivalentes, mas ao mesmo tempo, o número de concessões ao idoso foi ligeiramente maior que a do deficiente. De 2007 a 2009, o orçamento total aumentou 32%, sendo que os gastos com PCD e idosos foram também equivalentes; já quanto ao número de concessões, repete-se o que ocorreu no recorte anterior, uma vez que o aumento de concessões ao idoso foi também maior. Tais resultados atestam o ganho legal que o Estatuto do Idoso trouxe, ao garantir, a partir de 2004, que um benefício de um idoso (BPC 88) não seja computado como renda para outro idoso da mesma família, além de alterações do conceito de família, que pode ter ajudado em determinadas situações de cômputo de renda.

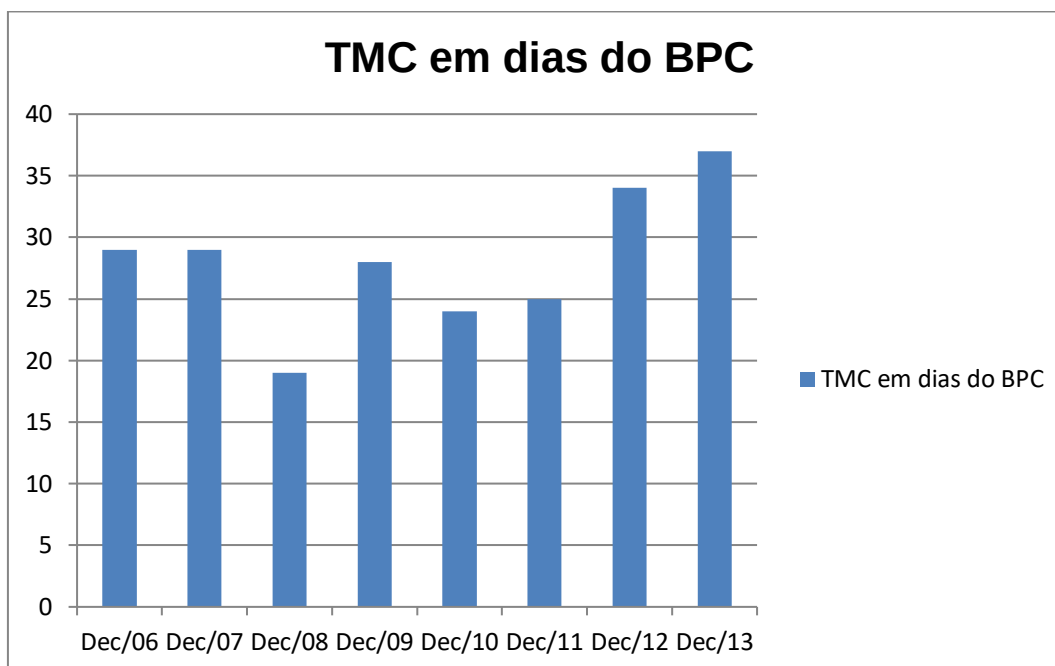
Do ano de 2009 a 2010, quanto ao orçamento, acompanham os outros dois recortes históricos, pois também tiveram crescimento de gastos equivalentes entre idosos e PCD, na base de 16%, mas com relação ao número de concessões há uma surpresa, que foi o aumento do número de concessões bem maior para os PCD do que para os idosos. Tal fato, supõe-se ter sofrido a influência do novo modelo de avaliação do BPC 87, o qual previu a avaliação social como etapa constituinte do processo de concessão do benefício, assim como mudanças no conceito de família e a possibilidade de acúmulo deste benefício com a pensão especial da hanseníase, que podem ter tido alguma influência também no aumento desse percentual aos deficientes.

Tal suposição ganha força quando se observa mais uma vez que o orçamento, se comparado o ano de 2010 a 2011, os gastos dos dois beneficiários se encontram equivalentes, ou seja, na base de 12% de aumento. Já com relação ao aumento do número de concessões,

mais uma vez o número de concessões ao PCD aumentou, equivalente ao dobro do aumento das concessões para os idosos, o que reafirma a influência do novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência no aumento de suas concessões.

Ao comparar 2011 a 2013, até o orçamento de gastos que por quatro recortes históricos foram equivalentes, nesse recorte se observa, através das tabelas 3 e 4, que o orçamento de gastos efetuados com os deficientes foi superior ao dos idosos, pois enquanto esse cresceu 25%, o dos PCD cresceu 40%, algo até então inédito. Quanto ao número de concessões, essas aumentaram 80% a mais que o crescimento das concessões ao idoso. E para fechar, foram comparados os dados obtidos de 2013 até julho de 2014, e o que se observa é que o orçamento dos idosos volta a ter um crescimento um pouco maior que o dos PCDs; mas com relação às concessões, as relativas aos PCDs tiveram um aumento de quase o dobro das concessões efetuadas aos idosos, isso sem levar em conta o fato de que esses números foram gerados apenas referentes a um semestre, uma vez que o ano de 2014 ainda estava em curso durante a realização da pesquisa. Então, tais dados vêm validar a hipótese de que o novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência teve impactos positivos no aumento de suas concessões a esses beneficiários.

Em relação ao tempo médio de espera que o beneficiário aguarda desde o requerimento do benefício e a finalização desse processo, com a obtenção de um resultado, seja ele o deferimento ou indeferimento, o qual é chamado no INSS de TMC – Tempo Médio de Concessão, o gráfico abaixo mostra:

Gráfico 1 - Tempo médio de concessão do BPC ao longo dos anos 2000

Fonte: INSS em números (2009b; 2014a).

O gráfico revela que assim que foi implementado o benefício, em 1996, começou com um tempo de espera de 28 dias, tendo se mantido no ano seguinte; para depois, em 1998, ter tido uma queda considerável desse tempo, caindo para 18 dias, que foi o tempo recorde registrado até hoje, segundo o gráfico. Daí, a partir de 2009, verifica-se um significativo aumento desse tempo, aumentando para 27 dias mais ou menos, para em seguida, diminuir para 24 dias, sendo que a partir de 2011 até 2013 esse tempo de espera só aumentou progressivamente, alcançando nesse último, um tempo médio de 37 dias, o que não é um tempo tão longo, considerando-se, sobretudo, que o número de etapas e a cobrança de formulários e de documentações aumentou ao longo dos anos, principalmente depois de 1999, o que vem comprovar que todas essas alterações trouxeram impactos também no aumento do número de dias para que o beneficiário obtenha seu benefício.

4.4 MUDANÇAS NORMATIVAS E OPERACIONAIS DO BOLSA FAMÍLIA NOS ANOS 2000

O Bolsa Família percorreu um longo caminho desde sua criação, em 2003, através de Medida Provisória. Para Cotta e Paiva (2010), o período 2003/2004 foi marcado por grandes dificuldades operacionais e políticas: o desafio enfrentado pelos primeiros gestores do programa era monumental. A unificação das transferências federais de renda foi como “trocar

o pneu com o carro andando”, ou seja, era preciso colocar de pé um novo programa e gerenciar a herança dos programas remanescentes, que tinham objetivos, regras e esquemas operacionais inconsistentes entre si, sem provocar descontinuidade no pagamento dos benefícios ou perdas financeiras para as famílias atendidas.

O Bolsa Família surgiu gradativamente desse processo, assim, num primeiro momento, a acelerada expansão da cobertura se deveu à migração de beneficiários elegíveis dos programas remanescentes. Posteriormente, segundo os autores, famílias com perfil PBF que ainda não recebiam transferências de renda passaram a ser incluídas no Programa. Desta forma, a partir de meados de 2004, o PBF foi alvo de críticas que se referiam a acusações sobre a baixa qualidade dos registros do Cadastro Único, o atendimento de famílias fora do perfil de renda do PBF e a interrupção no acompanhamento das condicionalidades em educação e saúde.

A tese que predominava, conforme Cotta e Paiva (2010), era de que no governo Lula teria havido um retrocesso na gestão das transferências federais de renda, em relação ao governo FHC, sob a alegação de que o governo federal estaria colocando a perder a experiência bem-sucedida do Bolsa Escola, ao não se empenhar no monitoramento da frequência dos alunos de famílias do PBF. A repercussão de tais críticas pôs em evidência a debilidade do apoio aos programas de transferência de renda naquela conjuntura. Em consequência, houve alterações em vários atores-chave do MDS, as quais provocaram uma inflexão importante no PBF. O Programa aderiu explicitamente ao modelo PTC, afastando-se da renda básica de cidadania, referência importante nos dois primeiros anos do Bolsa Família.

No entanto, a partir de 2005, segundo Brito e Soares (2010), o paradigma da transferência de renda como política de desenvolvimento humano teria passado a predominar, depois da mencionada crise de legitimidade junto à opinião pública, detonada por um verdadeiro bombardeio de críticas na mídia, que levou o Programa a experimentar mudanças na equipe dirigente e diversas reformas gerenciais – incluindo a regulamentação do acompanhamento de condicionalidades e o aperfeiçoamento dos mecanismos de revisão cadastral.

O período de 2005 a 2006 foi marcado, conforme Cotta e Paiva (2010), pelo propósito de complementar e aperfeiçoar a regulamentação do PBF. Observa-se esse objetivo quando da publicação de um grande número de normas referentes à concessão e pagamento de benefícios e ao acompanhamento de condicionalidades, o que, neste último caso, envolveu um esforço de articulação entre o MDS, o MEC e o MS. Os avanços obtidos nos dois anos anteriores possibilitaram que o Bolsa Família alcançasse um novo patamar, em 2007 e 2008. A crise de

legitimidade do Programa havia terminado, pelo menos temporariamente, deixando que o debate se concentrasse em temas relativos aos próximos passos a serem dados.

Já o período 2009-2010, de acordo com os mesmos autores, caracteriza-se por medidas direcionadas à consolidação do PBF, já preparando a transição para o novo governo, em 2011. Em 2009, os mecanismos de dimensionamento da população-alvo do programa foram aprimorados por meio da incorporação de metodologias para aferir a volatilidade da renda dos segmentos mais vulneráveis da população e estimar a magnitude da pobreza nos territórios. Outros destaques de 2009 são o desenvolvimento do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SigPBF), que integrará os diversos sistemas operacionais existentes na Senarc/MDS, e os desdobramentos recentes relativos às condicionalidades.

Em 2011, ocorre o lançamento do Programa Brasil Sem Miséria, sendo uma das inovações que o Bolsa Família sofreu nesse novo início de década, com o objetivo de erradicar a extrema pobreza no Brasil, até 2014, articulando mais de 120 ações distribuídas em 20 ministérios, e é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Plano esse que será apresentado em item específico ainda neste capítulo.

Apresentando de forma sucinta a evolução dos direcionamentos e comportamentos da sociedade em relação ao Bolsa Família, evidencia-se a seguir um esquema evolutivo das legislações pertinentes ao Bolsa Família desde o seu surgimento, com a unificação dos demais programas sociais. Nesse esquema são expostos a lei de criação do Programa Bolsa Família; assim como a dos recursos orçamentários; os decretos de regulamentação do Programa e de alteração/atualização dos valores, bem como as portarias sobre as condicionalidades e empréstimos para fortalecimento do Programa e, ainda, as instruções normativas relativas aos procedimentos operacionais dos sistemas, os quais esboçam parte das mudanças que esse programa passou ao longo dos anos 2000 até hoje.

Figura 2: Legislações do Bolsa Família

2001

Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal.



2004

Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, que cria o Bolsa Família.

Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004

Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.



2005

Instrução Normativa nº 01, de 20 de maio de 2005 - Divulga orientações aos municípios, Estados e Distrito Federal para constituição de instância de controle social do PBF e para o desenvolvimento de suas atividades.

PORTARIA GM/MDS nº 551, de 09 de novembro de 2005 - Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família.



2006

Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006 - Dispondo sobre atualizações de valores referenciais para caracterização das situações de pobreza e extrema pobreza no âmbito do Programa Bolsa Família, previstos no art. 2º, Parágrafos 2º e 3º, da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.



2007

Decreto nº 6.157, de 16 de julho de 2007 - Dá nova redação ao Art. 19 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007 - Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências.



2008

Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem.

Decreto nº 6.491, de 26 de junho de 2008 - Dá nova redação ao Art. 19 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Decreto nº 6.392, de 12 de março de 2008 - Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.



2009

Lei nº 12.058, de 13 de outubro de 2009 - Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federados que recebem recursos do Fundo de Participação dos Municípios – FPM, no exercício de 2009, com o objetivo de superar dificuldades financeiras emergenciais.

Decreto nº 7.013, de 19 de novembro de 2009 - Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009 - Altera os arts. 18, 19 e 28 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.



2010

Lei nº 12.202, de 20 de janeiro de 2010 - Dispõe sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica; altera as Leis nos 9.991, de 24 de julho de 2000; 10.925, de 23 de julho de 2004; e 10.438, de 26 de abril de 2002; e dá outras providências.

Decreto nº 7.332, de 19 de outubro de 2010 - Dá nova redação e acresce artigos ao Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.



2011

Decreto nº 7.447, de 1º de março de 2011 - Dá nova redação ao art. 19 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

Instrução Normativa nº 03, de 14 de outubro de 2011 - Estabelece os procedimentos operacionais necessários para a utilização da Versão 6.05 do Formulário e do Aplicativo de Entrada e Manutenção de Dados do Cadastro Único, nos casos de exclusão de dados cadastrais e de mudança da família de município, em observância à Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011.

Instrução normativa nº 04, de 14 de outubro de 2011 - Estabelece os procedimentos operacionais necessários para a utilização da Versão 7 dos Formulários e do Sistema de Cadastro Único, nos casos de exclusão de dados cadastrais e de mudança da família de município, em observância à Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011.

Instrução Normativa nº 002/Senarc/MDS, de 26 de agosto de 2011 - Estabelece as definições técnicas e os procedimentos operacionais necessários para a utilização da Versão 7 dos Formulários e do Sistema de Cadastro Único no âmbito da Portaria nº 177, de 16 de junho de 2011.



2012

Decreto nº 7.758, de 15 de junho de 2012 - Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.



2013

Portaria nº 02 /Senarc/MDS, de 27 de maio de 2013 - Acordo de Empréstimo BIRD - nº 7841- BR, firmado entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, com o objetivo de fortalecer a capacidade do Programa Bolsa Família para alcançar seus objetivos de redução da pobreza e desigualdade e promoção do desenvolvimento do capital humano.

Assim, parte destas legislações apresentadas juntamente com mais outras foi utilizada para a composição do quadro 12, apresentado em apêndice. Esse retrata as mudanças sofridas pelo Bolsa Família desde a sua implementação, em 2004, até 2014. Tais mudanças estão classificadas em quatro itens: requisito de acesso (faixa de renda); tipos de benefícios; número de crianças e/ou adolescentes que podem ser beneficiados; e as condicionalidades, fazendo uma correlação desses critérios com as legislações surgidas a cada ano, relatando as mudanças que cada uma dessas trouxe aos critérios mencionados, conforme se observa no apêndice C.

Desde a sua instituição, em 2003, o Bolsa Família vem passando por significativa expansão geográfica, tendo o desenho do PBF sido definido pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004.

O público-alvo do Programa são as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, tendo em seu surgimento sido definido o valor de até R\$ 50,00 como renda para famílias em situação de extrema pobreza e a faixa de renda entre R\$ 50,00 a 100,00 para famílias em situação de pobreza, conforme se visualiza no quadro 13.

De acordo com Soares e Sátyro (2010), as famílias cuja renda *per capita* for superior à linha de pobreza extrema, mas inferior à linha de pobreza (não extrema), fazem jus a um benefício variável, que depende do número de crianças/adolescentes com idade de zero a 15, até um máximo de três crianças/adolescentes por família. Já as famílias cuja renda *per capita* for inferior à linha de pobreza extrema têm direito a um benefício fixo, independentemente do número de pessoas na família, além de terem também direito ao mesmo benefício variável que as famílias cuja renda compreende entre as linhas de pobreza e pobreza extrema.

No ano de 2006, o quadro 12 (ver apêndice) mostra que houve apenas a regulamentação de um decreto de alterações de novos valores definidores da situação de pobreza e de extrema pobreza, caracterizados pela renda *per capita* familiar entre R\$ 60,00 e 120,00, e a renda de até R\$ 60,00 reais respectivamente. E em 2007, a definição de valores destinados ao benefício básico, no valor mensal de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais), destinados a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza; e o benefício variável, no valor mensal de R\$ 18,00 (dezoito reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 54,00 (cinquenta e quatro reais) por família que se encontre em situação de pobreza ou extrema pobreza.

Em um primeiro momento, observa-se que o Bolsa Família se concentra na faixa etária de 0 a 15 anos, mas, a partir de 2008, com a criação do benefício variável jovem, também chamado de benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ), ocorre a extensão do

benefício também para a população de 16 e 17 anos, por meio de alteração produzida pela Lei nº 11.692 (BRASIL, 2008).

Para Cotta e Paiva (2010), a ampliação da faixa etária de atendimento do Programa Bolsa Família para adolescentes de 16 e 17 anos, a partir de março de 2008, objetivou aumentar a escolaridade dos adolescentes, reduzir a evasão escolar e promover o retorno à escola daqueles que abandonaram os estudos, colaborando na redução do ciclo da pobreza entre gerações. É também importante salientar que o benefício é pago à mãe de família e, na ausência dessa, a outro membro, como o pai.

A partir de abril de 2009 até março de 2011, destinou-se a famílias extremamente pobres, com renda *per capita* inferior a R\$ 69,00, um benefício mensal fixo de R\$ 68,00, além de um benefício variável mensal de R\$ 22,00, pago conforme o número de crianças e adolescentes de até 15 anos na família, permitindo no máximo três, alcançando até R\$ 66,00, conforme se evidencia no quadro 13. Tendo sido acrescido um benefício vinculado aos adolescentes de 16 e 17 anos de R\$ 33,00 mensais, até dois adolescentes por família, para manutenção desses jovens na escola.

Ainda em 2009, conforme o quadro citado, observa-se a existência do Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE), que se constitui em parcelas de benefícios das famílias remanescentes dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás, que segundo Queiroz *et al.* (2010), caso ocorresse alguma perda financeira na migração desses programas para o unificado Bolsa Família, essa passaria a receber o BVCE por tempo determinado.

No entanto, o Bolsa Família apresenta como contrapartida as condicionalidades (frequência escolar das crianças e adolescentes de 6 a 17 anos, carteira de vacinação atualizada das crianças menores de seis anos, consultas pré-natal para gestantes e de acompanhamento de saúde de nutrízes e crianças menores de seis anos), ao passo que os programas complementares²⁴ seriam uma estratégia de saída dessas famílias da condição de pobreza, em médio e longo prazos (COBO, 2012).

As contrapartidas do Bolsa Família, conforme Soares e Sátyro (2010), sob a perspectiva da corrente dos PTC, seriam um programa de incentivo ao capital humano das

²⁴ Os programas complementares articulados em nível federal são os seguintes: Programa Brasil Alfabetizado, destinado à alfabetização de pessoas com 15 anos de idade ou mais; Projovem, voltado para a reintegração ao processo educacional e qualificação social e profissional de jovens entre 15 e 29 anos; Projeto de Promoção do Desenvolvimento Local e Economia Solidária para acesso ao trabalho e renda, tendo como público comunidades e segmentos excluídos; Programa Nacional de Agricultura Familiar e programas de micro-crédito do BNB para acesso ao trabalho e renda direcionado a agricultores familiares; Programa Nacional Biodiesel para acesso ao trabalho e renda também direcionado a agricultores familiares e Programa Luz para Todos para a expansão de energia elétrica no meio rural (SILVA E SILVA; LIMA, 2010, p.39-40).

famílias mais pobres. Na imprensa e na arena política, os que se alinham com essa visão cobram incessantemente da Senarc maior empenho no acompanhamento das contrapartidas e até a criação de novas contrapartidas. O governo brasileiro tem transitado, desde 2006, em direção à cobrança cada vez mais dura das contrapartidas; no entanto, não houve criação de novas exigências ao longo do tempo e, em termos relativos, poucas famílias foram desligadas do PBF por descumprimento.

Mas é fundamental salientar que apesar de não terem havido alterações nas condicionalidades ou criação de novas exigências, o que ocorreu em 2009 foi o acréscimo de condicionalidades, uma vez que dado o surgimento do benefício variável jovem (BVJ), precisava-se ter uma condicionalidade para o mesmo, a qual consistia que o jovem de 16 e 17 anos deveria estar matriculado na escola e ter frequência mensal igual ou acima de 75%.

Cabe ressaltar que em junho de 2011, o governo federal lançou o Programa Brasil Sem Miséria, e em 2012, o Brasil Carinhoso, que se constituíram em Programas de ações ampliadas para se trabalhar no combate, sobretudo à extrema pobreza no Brasil, conforme será retratado no próximo tópico.

4.5 APRESENTAÇÃO DO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA E BRASIL CARINHOSO

O Programa Brasil Sem Miséria, surgido em 2011, é voltado especificamente para a população considerada extremamente pobre (renda familiar *per capita* inferior a R\$ 70,00) e que visa, como o próprio nome diz, a superação da situação de extrema pobreza da população, por meio da integração de políticas, programas e ações (Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011) (COBO, 2012). Com um público-alvo estimado, segundo Paes-Sousa (2013), em 15 milhões de pessoas para o ano de 2010, de acordo com dados preliminares do Censo Demográfico de 2010, perfazendo 7,9% da população brasileira, que subsistem com renda *per capita* mensal inferior a R\$ 70,00.

Em virtude desse Programa, os valores e a estrutura dos benefícios do Bolsa Família foram alterados. O benefício básico passou para 70,00, equivalente ao valor da linha de extrema pobreza adotada; assim como se passou a admitir um máximo de 5 benefícios variáveis (BV) por família no valor de R\$ 32,00 cada, desde que essas tivessem em sua composição gestantes, nutrízes, crianças de 0 a 12 anos e adolescentes de 13 a 15 anos, permanecendo o limite de até dois jovens de 16 ou 17 anos por família. Com essas modificações, o valor máximo que uma família pode receber do Programa é R\$ 306,00 (se

extremamente pobre, ou seja, recebendo básico mais 5 BV e 5 BVJ) e R\$ 236,00 (5 BV mais 2 BVJ).

Portanto, a presidente Dilma determinou esse reajuste médio no valor dos benefícios de 19,4%, o que foi justificado, segundo Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), como uma medida de ataque à pobreza extrema no Brasil, principal prioridade de governo da presidente Dilma Rousseff, consolidado no Plano Brasil Sem Miséria.

O Plano Brasil Sem Miséria, que assume a sigla PBSM, aprofunda o foco do Bolsa Família e busca articular a resposta social organizada às demandas da população extremamente pobre, em um nível mais amplo que a estratégia Fome Zero. Os fundamentos do Plano são, conforme Paes-Sousa, 2013:

1. Promover o desenvolvimento social;
2. Promover equidade, utilizando as políticas públicas para redução das diferenças socialmente injustificáveis, a fim de combater discriminações;
3. Gerar oportunidades, por meio de desenvolvimento do capital humano, considerando: ciclo de vida, gênero, local de residência (urbano ou rural) e contexto cultural;
4. Agregador de qualidade ao modelo vigente, promovendo mudanças na qualidade do que é ofertado à população-alvo;
5. Sustentável. O Brasil se encontra em expansão na garantia de direitos.

Esse mesmo autor afirma que o objetivo é “promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza”, até o ano de 2014 (PAES-SOUSA, 2013, p.22). Trata-se, portanto, de uma meta que compatibiliza proteção e promoção social, direcionada a um público-alvo delimitado, reconhecendo que há um limite, ainda que residual, para o processo inclusivo. Esse Plano articula três compromissos:

1. Elevar a renda familiar *per capita* da população-alvo;
2. Ampliar o acesso aos bens e serviços públicos;
3. Propiciar o acesso a oportunidades de ocupação e renda, por meio de ações de inclusão produtiva.

A Cartilha do PBSM (BRASIL, 2013b) apresenta o programa em três eixos: garantia de renda, acesso a serviços públicos e inclusão produtiva. O eixo de garantia de renda diz respeito às transferências monetárias feitas para as famílias, no intuito de dar alívio imediato à

situação de extrema pobreza, destacando-se o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a Ação Brasil Carinhoso. O eixo de acesso a serviços públicos trata do provimento, ampliação e qualificação dos serviços (trazendo informações sobre saúde, educação e assistência social) e ações de cidadania e de bem-estar social, com foco no público em extrema pobreza. O eixo de inclusão produtiva é voltado para a oferta de oportunidades de qualificação, ocupação e renda, destacando-se na parte urbana o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec Brasil Sem Miséria), destinado à qualificação profissional do público-alvo do Plano e ao Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (AcesSuas Trabalho), criado para apoiar os municípios em suas estratégias de inclusão produtiva.

A Cartilha ainda reforça que a existência desses três eixos articulados é imprescindível para que o esforço de superação da extrema pobreza se sustente. Eles se complementam, melhorando a vida das famílias no presente e propiciando perspectivas mais promissoras para o futuro. Em todos os eixos, o Brasil Sem Miséria dá atenção especial a crianças, jovens, mulheres, negros, população em situação de rua, catadores de material reciclável, índios, povos e comunidades tradicionais e outros grupos mais expostos aos riscos da extrema pobreza (BRASIL, 2013b).

Portanto, como se percebe, o Brasil Carinhoso se encontra dentro do Plano Brasil Sem Miséria, no eixo de garantia de renda. A iniciativa do Brasil Carinhoso, segundo Paes-Sousa (2013), é a intervenção mais profunda para a erradicação da extrema pobreza financeira já lançada no Brasil. Criado em maio de 2012, o Brasil Carinhoso objetiva retirar da extrema pobreza famílias que tenham em sua composição crianças entre 0 e 6 anos, totalizando, aproximadamente, 2 milhões de famílias.

O seu público-alvo, para o autor, são famílias já beneficiárias do PBF, que tenham em sua composição crianças entre 0 e 6 anos e que se mantenham na situação de extrema pobreza (renda *per capita* mensal de até R\$ 70,00), mesmo após o recebimento dos benefícios do Programa, conforme se evidencia no quadro 12. Refere-se à transferência direta de renda, Benefício para Superação da Extrema Pobreza, no valor que corresponde à soma necessária para que a família supere a linha de R\$ 70 *per capita*, tendo a iniciativa pretendido investir 10 bilhões de reais no período de 2012 a 2014, de acordo com Paes-Sousa (2013).

O quadro 13 mostra o detalhamento de ações previstas no Brasil Carinhoso, que contempla ações de renda, saúde e educação, descritas abaixo:

Quadro 13: Descrição do Conjunto de Ações Vinculadas à Iniciativa Brasil Carinhoso

1) Superação da extrema pobreza em famílias com crianças de até 6 anos.

- Aumento do Bolsa Família, com a garantia de renda superior a R\$ 70,00 por pessoa a todas as famílias extremamente pobres, com crianças de 0 a 6 anos.
- Redução da extrema pobreza no Brasil, em até 40%.

2) Ampliação do acesso à creche, à pré-escola e melhoria no atendimento à educação.

- Antecipação do custeio (Fundeb) para criação de novas vagas em creches públicas e conveniadas.
- Complementação equivalente a R\$ 1.362,00 para cada criança do Bolsa Família, matriculada em creche.
- Ampliação em 66% do valor repassado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) para alimentação na creche e pré-escola.

3) Ampliação do acesso à saúde.

- Expansão do Programa Saúde na Escola (PSE) para pré-escolas e, posteriormente, creches. Inovação.
- Medicamentos gratuitos para asma no Programa Aqui tem Farmácia Popular. Inovação.
- Prevenção e controle de anemias: distribuição de vitamina A e sulfato ferroso. Este ano, população indígena, Norte e Nordeste. Amplia a oferta e estratégia de divulgação dirigida.
- Distribuição de sulfato ferroso em todas as UBS do Brasil para todas as crianças entre 6 e 24 meses. Futuro, descentralizar a compra.
- Suplementação de vitamina A para todas as crianças entre 0 e 5 anos nas campanhas de vacinação em todo o Brasil.

Fonte: Quadro extraído do Plano Brasil Sem Miséria: um ano de resultados. Brasília: MDS, 2012 *apud* Working Paper 113 (PAES-SOUSA, 2013, p. 31).

O quadro revela que o Brasil Carinhoso veio ampliar as ações nas políticas de saúde, educação e assistência social, ao prever aumento do Bolsa Família, investimentos em creches, medicações e vitaminas para a população, entendendo que a superação da extrema pobreza não passa apenas pelo critério renda, mas também pela articulação de outras políticas no enfrentamento desta questão social, pois não adianta apenas ter o que comer, se não se dispõe de medicações para o combate ou controle da doença, ou ainda ter um trabalho e não poder trabalhar, por não ter onde deixar os filhos menores.

A Cartilha do PBSM (BRASIL, 2013b) revela que cerca de 42% das pessoas que estavam na extrema pobreza na época do lançamento do Brasil Sem Miséria tinham menos de 15 anos. A principal medida do Plano para cuidar desses brasileiros foi, então, a Ação Brasil Carinhoso, que buscou tirar da extrema pobreza famílias com filhos nessa faixa etária. Com o Brasil Carinhoso, todas essas famílias deram passos importantes na superação da extrema pobreza. A ação foi tão bem-sucedida que, no início de 2013, o benefício do Brasil Carinhoso

foi estendido a todas as famílias do Bolsa Família que ainda estavam na extrema pobreza. Isso representou um combate eficaz à miséria, do ponto de vista da renda, entre os beneficiários do Bolsa Família.

Em 2014, aumentou a faixa de corte de renda, que passou a ser entre R\$ 77,00 e 154,00 para as famílias contempladas como em situação de pobreza, e até R\$ 77,00 para as famílias em situação de extrema pobreza. Quanto aos benefícios, também houve alteração do valor do benefício básico, que seria de R\$ 77,00 (setenta e sete reais), destinados a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza; já o benefício variável passaria para o valor mensal de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 175,00; o benefício variável vinculado ao adolescente passaria para o valor mensal de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 84,00 e o do BVCE até o valor de R\$ 77,00. Já quanto ao número de crianças ou adolescentes beneficiados, continua a mesma regra de 2011, equivalente a 5 crianças/adolescentes, assim como a mesma idade prevista.

Desde 2004, o benefício é concedido, em princípio, por um período de dois anos. O que significa dizer que se espera que os agentes municipais do PBF revisitem as famílias ou, de outra forma, atualizem o cadastro a cada dois anos, para verificar se suas condições de vida mudaram ou permanecem as mesmas. Na prática, segundo Soares e Sátyro (2010), nem todos os municípios mantêm esse grau de agilidade e há famílias beneficiárias no PBF que não recebem visitas do agente social há muito tempo.

Além das visitas periódicas, ocorre também uma crescente verificação do status das famílias em bases de dados de fontes de renda formais: as bases do BPC e do restante da Seguridade e a Relação Anual de Informações Sociais (Rais). As duas indicam se alguém na família recebe um benefício previdenciário ou assistencial e a segunda, se algum membro passou a ser empregado no mercado formal (SOARES, SÁTYRO, 2010). Assim, se alguém na família passa a receber um benefício previdenciário ou assistencial, essa nova renda eleva a renda *per capita* da família acima dos limites do PBF, tanto a própria família quanto o município no qual ela reside são informados da nova situação. Um mês após o envio dos dois comunicados, o benefício é bloqueado.

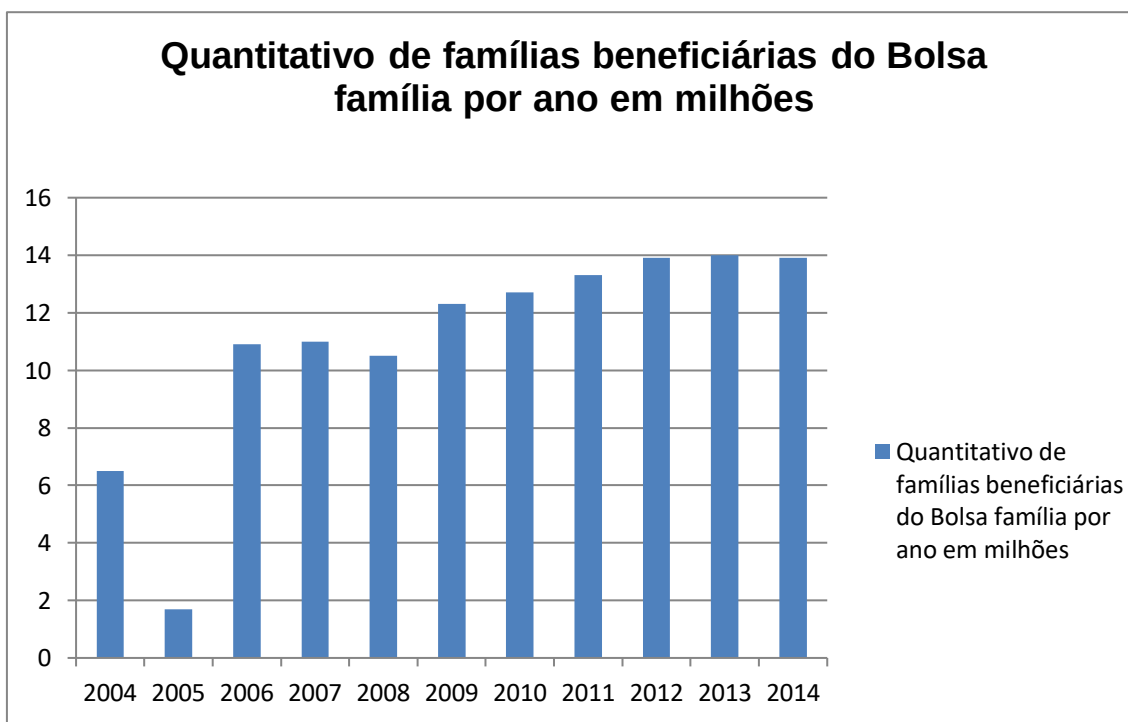
O acesso de novas famílias ao Bolsa Família, de acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), dá-se pela inclusão no Cadastro Único, enquanto pré-requisito de inserção, e a seleção das famílias fica condicionada ao atendimento dos critérios de elegibilidade estabelecidos.

Para contemplar esse rol de mudanças sofridas pelo Bolsa Família desde a primeira década do milênio 2000 até hoje, faz-se necessário retratar se o número de concessões do benefícios às famílias aumentou ou regrediu, assim como avaliar os gastos efetuados com o Bolsa Família pelo Governo Federal nesse mesmo período, isso vai permitir analisar se o Bolsa Família tem crescido, e em que proporções.

4.6 EVOLUÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO BOLSA FAMÍLIA E DESPESAS ORÇAMENTÁRIAS DESTINADAS AO PROGRAMA DE 2004 A 2014

Os gráficos seguintes (2 e 3) revelam o quantitativo de famílias beneficiadas pelo Bolsa Família desde o seu surgimento até 2014 (2004-2014), assim como o volume de recursos destinados do Governo Federal para o custeio das despesas do Programa, a fim de analisar a evolução ou retrocesso das concessões e dos gastos direcionados a esse Programa, que segue abaixo:

Gráfico 2: Famílias beneficiadas pelo Bolsa Família de 2004 a 2014



Fonte: Gráfico elaborado pela autora com base em dados do site da CGU-Portal da Transparência (2014).

Os gráficos 2 e 3 reafirmam dados já apontados por Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), quando os mesmos dizem que até dezembro de 2004 o Programa era implementado em 5.533

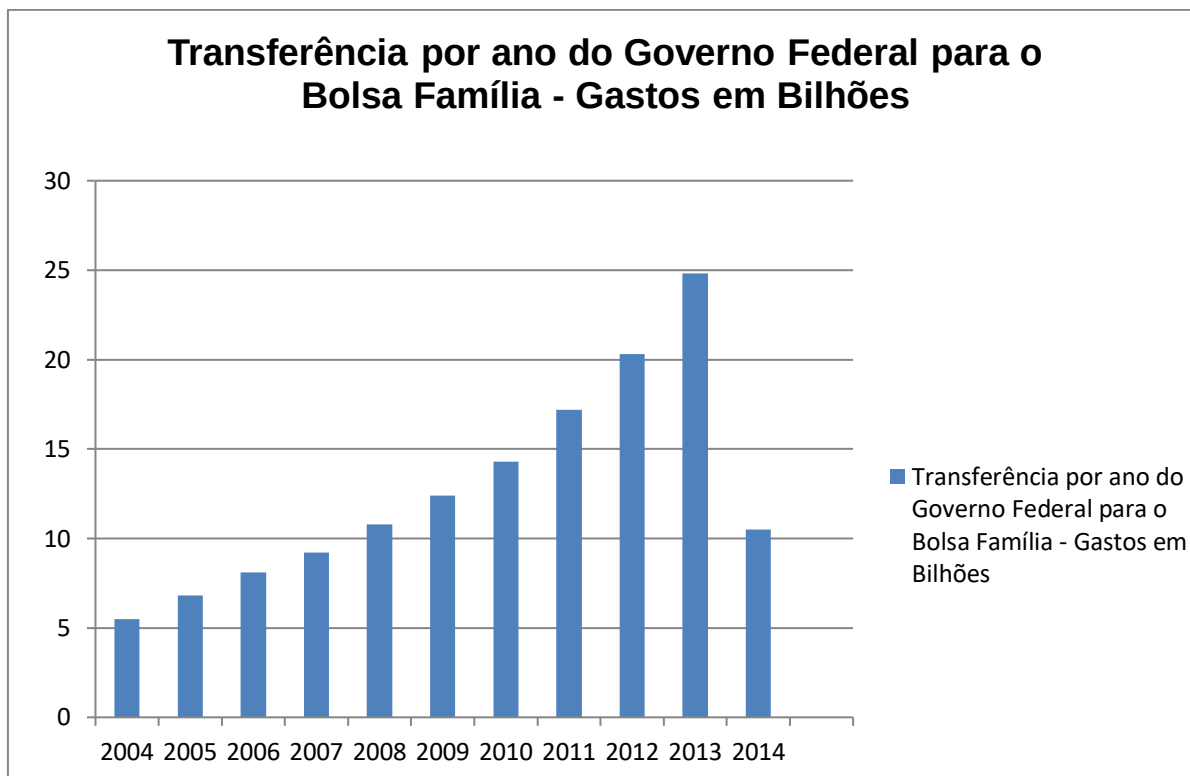
dos 5.561 municípios brasileiros (99,50%), atendendo 6.571.842 famílias, com um benefício médio de R\$ 66,93 ao mês e recursos aplicados no valor de 5,3 bilhões de reais; até dezembro de 2005 beneficiou 8,7 milhões de famílias, atingindo 100% dos municípios brasileiros; 77% das famílias com renda *per capita* de até R\$ 100,00, com investimento na ordem de R\$ 6,5 milhões.

O gráfico 2 mostra de forma geral a evolução crescente do número de famílias beneficiárias do Bolsa Família no Brasil, com exceção do ano de 2005, em que houve um crescimento, mas bem inferior ao ano de 2004, caindo para cerca de um terço do número de famílias beneficiárias deste, sendo que tal episódio pode ter sido motivado por uma crise de legitimidade do Programa, já comentada neste trabalho, em que a grande mídia fez severas críticas ao Bolsa Família, podendo ter abalado o recente unificado Programa.

O Bolsa Família, segundo os mesmo autores, desde 2006 é implementado nos 5.565 municípios e no Distrito Federal, e até completar 8 anos, em outubro de 2008, o governo federal já havia transferido para o Programa mais de R\$ 10 bilhões de reais. Em 2009, beneficiou 12,4 milhões de famílias e teve um orçamento da ordem de R\$ 11,2 bilhões, cerca de 0,35% do produto interno bruto e 0,9% do gasto público total (BRITO; SOARES, 2010).

Dados retirados do site da CGU – Portal da Transparência, esboçados nos gráficos em destaque, mostram que em 2010 foram atendidos 12.778.220 famílias, alcançando, de acordo com Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), “uma cobertura de 98,26% das famílias pobres ou extremamente pobres, com renda *per capita* familiar de até 120,00”, com um repasse financeiro de R\$ 14.366.015.610,00.

Em 2012, o Bolsa Família já atendia cerca de quase 14 milhões de famílias, tendo um gasto de um pouco mais de 20 bilhões de reais, cerca de quatro vezes mais do que foi investido em 2004. Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), valendo-se de dados da Pnad, afirmam que esse total de famílias beneficiárias em 2012 representa 103,08% da estimativa de famílias pobres (perfil Bolsa Família) e 91,67% da estimativa de famílias de baixa renda.

Gráfico 3: Volume de gastos do Governo Federal com o BF de 2004 a 2014

Fonte: Gráfico elaborado pela autora com base em dados do site da CGU-Portal da Transparência (2014).

Em relação ao número de famílias beneficiadas pelo Programa, esse tem se mantido de 2012 a 2014, em torno de 14 milhões de famílias; já os gastos com esse Programa só fizeram aumentar, em relação a 2012, chegando a quase 25 bilhões em 2013, sendo que o ano de 2014 não serve de parâmetro de comparação, por estar ainda em andamento quando da execução de pesquisa.

Sem nenhuma referência legal direta à renda básica, segundo Brito e Soares (2010), o programa Bolsa Família teve uma expansão acelerada desde 2004 e se transformou em peça-chave na agenda de combate à pobreza do governo federal. Os gráficos aqui esboçados retratam aumentos progressivos dos benefícios de um ano para o outro, mesmo observando uma redução ocorrida em 2005 e uma leve redução em 2008, refletindo que de modo geral as concessões só aumentaram a cobertura de cada vez mais famílias nesse percurso temporal que alcança uma década.

Os números evidenciam a evolução positiva das concessões às famílias e permitem verificar que num período de quase 10 anos, ou seja, de 2004 a 2013, o volume de recursos transferidos pelo governo federal a esse Programa quintuplicou, ressaltando ainda que durante todo esse período foi crescente o aumento de gastos em todos os anos, sem nenhuma redução,

conforme se verifica no gráfico 3, o que só revela a magnitude e grandeza da expansão desse benefício, que mesmo focalizado nos mais pobres, conseguiu alcançar quase 25 milhões de beneficiários no Brasil.

Apesar de não encontrar-se exposto em gráficos, através de Baptistella (2010) se obtém que em todos os Estados do Nordeste, mais de 30% das famílias recebem o Bolsa Família. No Maranhão, 42,2% das famílias são beneficiadas pelo Programa, a maior porcentagem entre os Estados brasileiros. Em seguida, encontra-se o Piauí, com 41,2% de suas famílias. No outro extremo, em todos os Estados do Sul, menos de 12% das famílias recebem o benefício, e em Santa Catarina, apenas 6,7% das famílias são beneficiadas.

A região Nordeste, portanto, é a que recebeu a maior parte desse dinheiro. Em 2008, o montante foi de R\$ 5,7 bilhões, o que representou 53,2% do total. A região Sudeste absorveu 23,5% das transferências, totalizando R\$ 2,5 bilhões. As regiões Norte, Sul e Centro-Oeste receberam, respectivamente, 11%, 7,7% e 4,5% dos recursos destinados ao Programa Bolsa Família (BAPTISTELLA, 2010).

Sendo importante ressaltar que da região Nordeste, a Bahia foi o Estado que recebeu a maior parcela dos valores das transferências: R\$ 1,45 bilhão em 2008; 13,5% dos recursos totais. Esse volume é maior inclusive que o destinado às regiões Norte e Centro-Oeste no mesmo ano no país, conforme revela ainda Baptistella (2010).

Como pode ser visto, no pós-2000, segundo Baptistella (2010), ocorreu uma expansão dos programas de transferência condicionada de renda no Brasil, e com a implantação do Programa Bolsa Família, que centralizou programas preexistentes, houve um notável aumento na cobertura, na focalização e no valor dos benefícios recebidos, ao mesmo tempo em que se registrou expressivo avanço na redução da pobreza e na concentração de renda do país.

O Bolsa Família é um dos programas responsáveis por movimentar a economia local de um município. Pesquisas mostram, como a que fez Landim Júnior (2009), através do método de regressões, que o aumento da população beneficiada com o programa tem impactado no PIB dos municípios, passando a ser expressivo no total alcançado por esse índice. Segundo Landim Júnior (2009):

Os resultados mostram que este impacto positivo no PIB municipal se dá principalmente através de um aumento da atividade industrial, em segundo plano pelo aumento no setor de serviços. Ao mesmo tempo, os dados não foram capazes de detectar um impacto sobre a atividade no setor agrícola. Nota-se que os municípios menos desenvolvidos foram os mais beneficiados pelo Programa, e por isso obtiveram um crescimento maior em seus respectivos PIB *per capita*. Por fim, observou-se uma relação custo benefício de 0,043, indicando que o benefício estimado da expansão do programa em 2006 foi significativamente maior do que os custos desta, mesmo ignorando os benefícios de longo prazo das condicionalidades.

Esses dados foram confirmados por Jerônimo (2013), em uma reportagem que fez na ISTO É independente, na qual, utilizando-se de dados do Ipea, aponta que no ano de 2013, cada R\$ 1 aplicado no Bolsa Família gera um crescimento de R\$ 1,78 no Produto Interno Bruto (PIB), mostrando que o Programa é via de mão dupla, pois impacta a economia e esta o impacta, repercutindo-se no aumento da renda.

Jerônimo (2013) ainda traz mais dados em sua reportagem, mostrando que nestes 10 anos do Programa, 1,7 milhão de beneficiários procuraram os gestores do Bolsa Família dos seus municípios, em todo o país, para devolverem o cartão porque conseguiram aumentar sua renda e sair da linha da pobreza. Isso sem falar na malha fina feita pelo MDS, na qual constatou 6 milhões de cartões de pessoas que deixaram de corresponder ao perfil econômico exigido, após análise de mecanismos de fiscalização. O jornalista ainda revela que nesses 10 anos as famílias têm recorrido ao espírito empreendedor para melhorar de vida, pois dos beneficiários que deixaram a linha de pobreza, 290 mil se tornaram microempreendedores individuais e 760 mil ex-beneficiários aprenderam o caminho da tomada de microcrédito para mudar a história de vida da família.

Além de todas essas repercussões apresentadas e todas as mudanças já relatadas, é válido registrar que o corte de renda é bem rígido, tanto no acesso quanto na permanência das famílias no Programa, uma vez que se trata de um programa seletivo e focalizado nos mais pobres. Até mesmo analisando as mudanças que esse Programa sofreu desde a sua implantação até hoje, percebe-se que não houve uma mudança tão significativa no sentido de universalizar o acesso ao mesmo, mas, sim, de delimitar o foco de pretensão do Programa, seja em alterações de idade da criança, adolescente e até na implantação do benefício jovem, pois apesar de ter havido a ampliação do benefício ao incorporar o beneficiário jovem também (seja dos 16 e 17 ou até aos 18 anos), a faixa de renda alterou muito pouco de lá para cá, parece que apenas acompanhando o aumento do salário mínimo, o que significa que a perspectiva de universalizar se deu apenas no grupo segmentado de pobres e de extremamente pobres, mas não do conjunto de todos os cidadãos, com o benefício pouco generoso e parca capacidade de cobrir as necessidades de uma família, em que pese sua importância na superação da extrema pobreza.

Uma das alterações que pareceu ser mais significativa foi a inclusão do benefício variável para adolescentes em 2008 e a trazida pelo Plano Brasil sem Miséria de ampliação do número de crianças e/ou adolescentes que poderiam receber o benefício numa mesma família, que passou de 3 a 5, trazendo um aumento da renda do benefício auferida pelas famílias,

contribuindo mais no sentido da retirada dessas famílias da situação de extrema pobreza, uma vez que os valores destinados são bem pequenos.

Realmente, o que se percebe é que as alterações ocorridas se deram apenas em relação à faixa de corte de renda e os valores dos benefícios, ou seja, no sentido de ter um maior alcance do foco do Programa, que são famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. Mas não se pode perder de vista que também, ao tentar atualizar esses valores, seja da renda de acesso quanto dos valores dos benefícios, aliada a alterações da idade de crianças, adolescentes e jovens, pretende-se também trabalhar na perspectiva já defendida por Boschetti e Teixeira (2004), de que a focalização do Bolsa Família pretende focalizar e não discriminar os que também são pobres, tendo como prioridade as famílias com faixa de renda definida de modo a erradicar a fome do Brasil, meta do Programa Fome Zero, e também tirar milhares de famílias da situação de extrema pobreza.

Tal fato pode ser constatado quando se acessa os dados de redução da pobreza e extrema pobreza no Brasil, no período de 10 anos de existência do Programa, o IPEADATA (2014a, 2014b) revela que em números absolutos, em 2003 havia 61.814.129 famílias em situação de pobreza, tendo passado em 2013 para 26.698.598, ou seja, houve uma redução de 55% no número de pessoas nesta situação. Já em relação às famílias em situação de extrema pobreza, evidencia-se que essa redução foi ainda maior, pois passou de 26.242.672 em 2003, para 10.452.383 em 2013, perfazendo uma redução de mais de 60%, confirmando, nesses dados, o êxito que o Programa teve no foco de sua atuação, que é tirar ou erradicar a extrema pobreza no Brasil (IPEADATA, 2014a, 2014b). No entanto, isso ainda não foi alcançado, pelo fato de ainda se ter mais de 10 milhões de famílias que padecem na extrema pobreza, em precárias condições de vida.

O que não se pode perder de vista num segundo momento depois de erradicada a fome e retirado as famílias da extrema pobreza, é trabalhar com as famílias em situação de pobreza. Pois, infelizmente, numa sociedade tão desigual como a nossa, faz-se necessária a focalização, não aquela sinônimo de seletividade, que restringe e cerceia direitos, mas aquela que prioriza as famílias em maior vulnerabilidade social. Pensamento esse que vai ao encontro de Almeida (2011) e Camargo (2003), ao ressaltarem também a necessidade da focalização em sociedades desiguais para a construção de igualdade aos direitos sociais universais, sendo, portanto, complementares.

Além disso, acredita-se que se o Programa hoje bastante focalizado nas famílias pobres e extremamente pobres avançar na perspectiva de junto com a focalização também investir na universalização, conforme fala de Kerstenetzky (2012) de que “a universalização

de políticas públicas requer, em situações de desigualdades extremas e duradouras, gastos focalizados em segmentos específicos (grupos ou territórios)”, essas podem sim ser complementares e se apresentarem como um caminho bastante viável e válido para o país. Não só essa autora, mas também Alvarenga e os autores já citados, assim como a autora deste trabalho acreditam nessa complementaridade como uma boa solução para a real diminuição das desigualdades sociais no Brasil.

Mas por enquanto, a evolução de mudanças mostra que o Programa cada vez mais busca essa focalização no público-alvo desse, situação que não pode ser vista apenas como algo negativo, mas como algo possível de ser repensado e refletido no sentido de caminhar na direção exposta por Kerstenetzky (2009), ao defender o mix de universalismo e de focalização na provisão adicional de serviços em que o elemento de focalização funcionaria não em uma lógica residualista, muito menos como um princípio de segregação, mas como uma regra de prioridade na expansão dos serviços sociais, a fim de não excluir as classes médias e alcançar primeiro os pobres.

E, por fim, apresentam-se os dados do orçamento da seguridade social brasileira desde os anos 90 até a segunda década do novo milênio, para verificar que mudanças se fazem sentir no financiamento destas políticas, com ênfase na política de assistência social, se essa tem sido prioridade nestas últimas décadas ou tem sido relegada, apontando possíveis direcionamentos para o caminho seguido por nosso Estado de Bem-Estar Social.

4.7 O ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL COM FOCO NA EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Para Boschetti e Salvador (2006), o orçamento é matéria de natureza técnica, tendo as análises revelado que esse é resultado de orientações políticas que podem favorecer o trabalho ou o capital. No Brasil das duas últimas décadas, as poderosas e perversas alquimias que se processam na formulação e execução do orçamento da seguridade social têm privilegiado o capital em detrimento do trabalho, situando-se num contexto mais amplo da estrutura orçamentária, fiscal e tributária brasileira.

A desconstrução da ideia de Seguridade Social e do seu orçamento começou já nos primeiros anos da década de 90. Segundo Vianna (2005), a legislação que regulamentou a seguridade social traçou rumos de separação das três políticas, com leis específicas para a saúde, previdência e assistência social, acontecendo de maneira semelhante também em relação ao orçamento.

Em 1990, o INSS foi criado para administrar os benefícios previdenciários, tendo a assistência médica sido definitivamente transferida para o Ministério da Saúde, com a extinção do Inamps, em 1993, e a assistência social ganhou foros de autonomia. Essa, embora abrigada no Ministério da Previdência e Assistência Social, à Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas), criada em 1999, como órgão do governo federal, vinculada ao Mpas, foram atribuídas a responsabilidade pela coordenação da política nacional de assistência social e a gerência do Fundo Nacional de Assistência Social.

A Seas trouxe essa independência no direcionamento de recursos, uma vez que com sua criação, a partir dos anos 2000 os recursos da assistência social passaram a ter direcionamento específico para essa política, tanto é que a tabela 5 revela a discrepância de gastos efetuados na assistência social a partir dos anos 2000, o que pode ser explicado pelo fato de até 99 os gastos serem apresentados por Ministério, no caso Mpas, então, retratava os gastos simultâneos com previdência e assistência, e a partir de 2000, esses gastos eram discriminados por política social. Da mesma forma aconteceu com a saúde, pois a partir de 2000, até a nomenclatura dos gastos mudou, pois passou a contemplar de forma discriminada os gastos só com saúde e só com saneamento, o que até então eram computados conjuntamente.

Tabela 5: Despesas efetuadas pelo Governo Federal em relação às políticas de Seguridade Social

Competência Ano	Despesa Executada Despesa Liquidada – Valor Atualizado*		
	Saúde e saneamento	Previdência Social	Assistência Social
1990	11.086.966.401,75	164.064.899.469,14	164.064.899.469,14
1992	39.285.390.629,58	116.920.390.916,17	116.920.390.916,17
1994	50.422.357.447,89	176.607.730.368,20	176.607.730.368,20
1996	54.898.436.059,69	238.408.331.369,73	238.408.331.369,73
1998	55.227.712.819,17	269.877.407.287,54	269.877.407.287,54
2000**	53.211.452.173,29	245.205.856.535,89	11.659.721.351,70
2002	53.298.014.810,61	258.202.189.419,41	13.648.238.419,07
2004	51.437.925.704,51	258.195.848.525,59	21.626.834.262,79
2006	57.503.366.076,59	307.500.558.394,31	31.187.238.441,79
2008	54.013.322.867,71	318.211.430.858,48	35.471.730.847,98
2010	62.840.878.299,31	374.627.973.519,62	44.675.396.155,95

2012	66.544.545.378,95	380.988.557.806,23	47.928.047.062,75

* Valor atualizado com base no IGP-DI de 1980/2012 de 0,178963601017184

**A partir deste ano, as despesas com saúde e saneamento foram separadas, estando computadas, portanto, apenas os gastos especificamente com saúde. Da mesma forma, acontece com a Previdência Social e Assistência Social, pois até então os gastos foram iguais, pois eram feitos conjuntamente, e a partir deste ano, cada política passou a ter seu gasto separado e específico.

Fonte SIAFI - STN/CCONT/GEINC (2013)

A autonomia conquistada pela assistência se conformou, conforme Vianna (2005), com o desmembramento do antigo Ministério da Previdência e Assistência Social em duas estruturas: o Ministério da Previdência Social (MPS) e o Ministério da Assistência e Promoção Social (Maps), em janeiro de 2003, no início do governo Lula.

A tabela 5 mostra que de 1990 a 1998 os gastos com saúde e saneamento só aumentaram progressivamente, fato que não aconteceu da mesma forma com a assistência e a previdência, uma vez que essas políticas tiveram suas despesas reduzidas de 90 para 92, e só a partir deste ano em diante é que passaram a ter despesas progressivas (aumentadas), o que evidentemente mostra a relevância que determinada política vai tendo em seu percurso temporal.

Mota (2007, p.130) identificou uma tendência nos anos iniciais da década de 1990 nos argumentos pró-reforma, da seguridade a propensão de uma clivagem da política social em torno de dois polos: “a privatização e a assistencialização da proteção social, instituindo, ao mesmo tempo, as figuras do cidadão-consumidor e do cidadão-pobre, esse último objeto da assistência social”. Amparada pela naturalização da ordem, a burguesia busca, dentre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num consumidor; o trabalhador, num contribuinte autônomo; o desempregado, num beneficiário da assistência social; e a família e as comunidades, em células de uma “sociedade solidária, socialmente responsável e cooperativa”.

Ao absorver as demandas oriundas do agravamento das condições de vida e trabalho da população brasileira através de políticas compensatórias, como é o caso da Assistência Social, o Estado brasileiro define sua principal estratégia de enfrentamento da “questão social”. Ou seja, a Assistência Social passa a assumir, para uma parcela significativa da população, o exercício de ser a política de proteção social, e não parte da política de proteção social (MOTA, 2007).

Para Mota (2007), na atual conjuntura esta dimensão compensatória é redimensionada em função do aumento do desemprego e das massas de trabalhadores supérfluos para o capital. Como tal, a assistência está assumindo um papel na esfera da proteção social, que

termina por suprir necessidades que seriam do âmbito de outras políticas e constitutivas de uma luta que mobiliza os trabalhadores desde os idos do séc. XIX: o direito ao trabalho.

Os dados da tabela 5, a partir de 2000 revelam que a única política que teve crescimento ascendente de gastos em todos os anos, até 2013, foi a assistência social, tendo um crescimento total de mais de 400%, enquanto a saúde passou por manutenção e redução de gastos em três períodos considerados nesta tabela, tendo alcançado nesses treze anos um aumento de apenas 125% das suas despesas. A previdência social teve um comportamento um pouco melhor que o da saúde, mas com período de manutenção de gastos, assim como um crescimento total desses gastos no período de 155%.

Enquanto a mercantilização da saúde e da previdência precariza o acesso aos benefícios e serviços, a assistência social se amplia, convertendo-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social. Tal afirmação, conforme Mota (2007), encontra amparo na expansão da assistência social e nas condicionalidades restritivas da previdência e da saúde, movimentos que vêm sendo apoiados por uma razão instrumental, circunscrita ao argumento do crescimento da pobreza e à impossibilidade de sustentabilidade financeira de ambas as políticas que requerem sistemas privados complementares e diminuição de serviços e benefícios.

A redução dos gastos em relação à saúde vem ser ratificado por Paiva e Lima (2013), quando afirmam que os gastos federais com saúde pública, apesar do crescimento nominal, em comparação com o Produto Interno Bruto (PIB) nacional, utilizando de dados do Datasus de 2012, tiveram uma redução do ano 2000 até o ano de 2010. Ou seja, em 10 anos, a contar de 2000, a receita da União efetivamente gasta com saúde passou de 1,73% para 1,64% do PIB nacional.

Segundo Salvador (2010), no tocante à participação sobre as despesas da seguridade social, os benefícios previdenciários do RGPS e RPPS respondem por 74,8% do montante em 2007, já os dispêndios com BPC, RMV e programas de transferência de renda que tinham uma participação de 1,88% cresceram quase quatro vezes, passando a representar 7,44% em 2007, o que revela claramente a opção pelos benefícios de assistência social, sobretudo de 2005 a 2007.

Paralelamente, reduz-se a participação dos gastos com atendimento hospitalar do SUS, no total das despesas da seguridade social, de 8,58% em 2000, para 6,68% em 2007. Em síntese, Salvador (2011) afirma que a assistência social tem sido priorizada no âmbito da seguridade social, sobretudo a partir de 2003, com crescimento ascendente dos seus programas, comparativamente aos destinados às políticas de saúde e de previdência social.

Ocorrendo, portanto, o que Mota (2007) chama de unidade contraditória entre a assistência e as políticas de previdência e saúde, que estão longe de ampliar de forma articulada a proteção social.

Para Mota (2007), a nova configuração no Brasil desloca a centralidade da seguridade que girava na previdência para a assistência. A assistência social deixa de ser uma política de mediação de acesso a outras políticas públicas, como o trabalho, para se tornar uma política estruturadora, por sua condição de ideologia e prática política de encobrir o lugar da precarização e do desemprego no processo de reprodução social e acumulação do capital. “Na opinião da mesma, está em curso um processo de assistencialização da proteção social.

5 CONCLUSÃO

A Assistência Social no Brasil tem um histórico de fragmentações, desarticulação da rede socioassistencial, ações descontínuas, compensatórias e restritivas de direitos sociais. Somente recentemente a Assistência Social ganha status de política pública de responsabilidade estatal com caráter de direito, gestão descentralizada e participativa, advindo da Constituição de 1988 e da Loas de 1993, e reafirmado, na sua legislação mais recente, o Suas. No entanto, mesmo apresentando esse histórico, ele não a desconfigura como política pública com base nos direitos de cidadania, conforme Castro e Schmidt (2012).

Esses mesmos autores afirmam que a Assistência Social se encontra em fase de suspensão quanto às metas e serviços que poderiam ser realizados numa perspectiva de redução das desigualdades sociais, pois devido à pobreza no Brasil necessitar de respostas urgentes, a prioridade de investimentos tem sido em programas pontuais ou de transferências de renda. E é realmente o que tem acontecido, sobretudo a partir dos anos 2000, com o surgimento de vários programas sociais, os quais se unificaram em um só (o Bolsa Família) em 2004, representando a grande expansão e prioridade dedicada a esses, no contexto da Assistência Social, o que juntamente com o BPC, operacionalizado desde 1996, compunham os principais programas-alvo da assistência à população vulnerável.

Apesar do caráter focalizado, restrito e arbitrário do BPC, é inegável reconhecê-lo como o primeiro mínimo social reconhecido constitucionalmente, independente do vínculo do trabalho, o que sem dúvida, segundo Sposati (2004), constitui-se num marco significativo do contrato social brasileiro. Pois, para aqueles que nada possuem, constitui-se numa ajuda certa e insuficiente, mas sem a qual não sobreviveriam (GOMES, 2004). Portanto, para Paes-Sousa (2013), o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) têm apresentado efeitos consistentes na redução da pobreza e desigualdade entre os respectivos grupos vulneráveis: a) crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes e; b) idosos e pessoas com deficiência.

Esses dois programas sofreram algumas modificações desde que foram implantados, as quais foram objeto de discussão neste trabalho. O que se pôde apreender a partir das mesmas, é que essas não contribuíram para a mudança de rumo da política de Assistência Social, pelo contrário, reafirmaram a tendência de focalização das políticas sociais. As alterações verificadas em requisitos de acesso, etapas de concessão, conceitos de família e idade, por exemplo, apenas reafirmaram o tom focalizador de chegar com mais eficiência no sujeito foco do benefício. Embora não se possa deixar de reconhecer que parte dessas

mudanças contribuiu e muito para que o público beneficiado aumentasse em termos consideráveis; no entanto, não se pode ainda dizer que chegou à universalidade defendida por Boschetti e Teixeira (2004), que é garantir o acesso do benefício a todo o universo demarcado pela lei, ou seja, a todos aqueles que estejam em situação de pobreza e necessidade demarcada pela legislação e, ainda, atuar no sentido da ampliação da sua abrangência, de modo a superar e/ou eliminar os critérios restritivos incorporados pela legislação.

Para Dias (2006), a focalização do gasto social nos miseráveis deixa de fora uma grande parcela de pobres, pois a focalização a partir da linha de pobreza apresenta o problema de não considerar inúmeras famílias que porventura não estejam acima da linha demarcada, mas que permaneçam em situação de precariedade ou vulnerabilidade. Tais programas, focalizados desse modo, permitem a inclusão do beneficiado não por direito de cidadania mas, sim, por ser mais pobre que o “vizinho”, não sendo garantida a base de igualdade necessária a uma política social.

No tocante às mudanças verificadas no BPC, nesta pesquisa, de modo geral, pode-se pontuar, através das análises feitas, que as alterações mais significativas ocorridas em relação à pessoa idosa e que mostram relação com o aumento do número de concessões e, conseqüentemente, de gastos, foram as duas reduções de idades ocorridas primeiramente em 1998 (de 70 para 67 anos) e depois em 2004 (de 67 para 65 anos), assim como o benefício concedido a um idoso não ser computado como renda no cálculo para o benefício de outro idoso. Além disso, a inclusão de novos beneficiários de nacionalidade portuguesa residente no Brasil e os trabalhadores portuários avulsos poderem requerer o BPC 88, a partir dos 60 anos, que não preencham requisitos para os tipos de aposentadorias.

Todas essas alterações relatadas demonstram a importância da categoria articular-se politicamente para que a ampliação dos seus direitos de cidadania seja reconhecida, de fato, através dos dispositivos legais, uma vez que as reduções de idade e o não cômputo da renda foram resultados de alterações trazidas pelo Estatuto do Idoso. E, certamente, a inclusão desses novos beneficiários também é reflexo das mobilizações e lutas das categorias em prol de melhores condições de vida.

Já as mudanças mais significativas em relação ao deficiente, concluídas em pesquisa, foram a introdução da avaliação social como requisito avaliativo do benefício à pessoa com deficiência; a introdução do conceito de incapacidade como fenômeno multidimensional e a presunção de incapacidade para o trabalho e para os atos da vida independente das crianças e adolescentes até os 16 anos. Essas mudanças, de fato, ao longo desses 18 anos consistem em avanços conceituais e de ampliação dos direitos de cidadania, ao não reduzirem a deficiência

a um fenômeno meramente patológico e pela adequação de suas definições ao documento mundial mais atual de classificação do que é ser deficiente.

No entanto, não se pode perder de vista que não só de avanços o BPC viveu ao longo desses anos, mas também de retrocessos, como os que ocorreram em relação ao conceito de família, a extinção das equipes multidisciplinares, com a emissão de laudos apenas pela perícia médica do INSS e a inclusão, no formulário de avaliação da pessoa com deficiência, o enquadramento apenas de deficiências com impedimentos de longo prazo (superior a 2 anos), o que dificultou as concessões do benefício a deficiências de médio prazo, consistindo, portanto, numa restrição de direitos.

Verifica-se, ainda, que o aumento de gastos e concessões de benefícios aos idosos e deficientes tem uma correlação com as modificações que esses sofreram ao longo dos anos, uma vez que, por exemplo, do ano de 1997 para 1998, tanto as concessões como os gastos mais que dobraram para o BPC idoso; enquanto o BPC deficiente teve aumentos, mas nada tão significativo, se comparado ao do idoso, tendo sido inferior a 15%, ou seja, de 1996 até o ano de 2001, apenas os idosos tiveram aumentos expressivos, tanto seu orçamento quanto as suas concessões cresceram mais de 11 vezes durante esse período, demonstrando os reflexos que a redução de idade teve no sentido da ampliação do acesso do idoso ao benefício assistencial.

A partir de 2001 a 2005, os gastos e as concessões aos idosos continuaram crescendo em volume bem maior que dos deficientes, sendo que o orçamento desse no início de 2001 teve uma pequena queda. Esse considerável aumento dos gastos e concessões reflete a interferência que a política tem neste processo, uma vez que 2002 foi ano eleitoral, o aumento do IGP-DI e a redução de idade do idoso de 67 para 65, em 2003. Portanto, o orçamento e o número de concessões sofreram diretamente os reflexos das mudanças sofridas pelo respectivo benefício em cada período histórico.

Já de 2005 a 2011 se observou que os gastos efetuados com o BPC deficiente e idosos foram equivalentes, pois até então o BPC 88 liderava, tanto em relação aos gastos quanto ao aumento de concessões. No entanto, nesse período considerado, o aumento das concessões não acompanhou o dos gastos, uma vez que o aumento de concessões aos idosos continuou sendo maior que o aumento observado aos deficientes, no período de 2005 a 2009, observando-se uma reviravolta a partir da metade do ano de 2009, pois o número de concessões aos deficientes foi bem maior que o dos idosos, algo que desde a implementação do benefício não havia acontecido. Ou seja, tal fato demonstra claramente a relação de

causalidade entre o novo modelo de avaliação do BPC à pessoa com deficiência, no aumento absoluto de concessões a esse público.

Deste modo, a partir de 2011 até 2014, os gastos com o BPC deficiente, que no período anterior era equivalente ao do idoso, agora passaram a ser superiores, ratificando a tendência de destaque da pessoa com deficiência com a adoção do novo modelo, assim como essa novamente se confirma através do aumento do número de concessões aos deficientes em relação aos idosos, numa relação entre 80% a 200%, mais uma vez comprovando o quanto esse novo modelo de avaliar a pessoa com deficiência veio não só trazer mais justiça social, rompendo com uma visão estreita sobre o que é ser deficiente em um país com sérios problemas estruturais, de acessibilidade e de acesso a serviços e políticas públicas, mas sobretudo trazendo uma maior ampliação do direito ao benefício e, conseqüentemente, uma melhor qualidade das condições de vida desse público.

Particularmente em relação ao BPC e sua reconhecida focalização, observa-se que o benefício pretende alcançar a universalidade dentro do grupo segmentado, que são os idosos com 65 anos ou mais sem condições de sustentar-se e os deficientes sem condições para o trabalho e incapacitados para a vida independente, e que muito embora ainda contemple todo esse público, dada também à subjetividade envolvida no processo concessório, no entanto, todas essas mudanças sinalizam modificações que tentam contemplar o maior número de pessoas que estejam dentro dos critérios elencados, tanto é que em todos os períodos históricos houve aumento do volume de gastos e do número de concessões, ratificando, portanto, a tese de que o BPC busca atingir não a universalidade da Política, mas a universalidade dentro do grupo segmentado, foco do benefício.

Além dessas mudanças já apontadas, deve-se ressaltar como mudanças positivas, ainda, o surgimento dos Programas BPC na Escola, com seu programa de acompanhamento e monitoramento do acesso, participação e aprendizagem dos beneficiários do acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência; e o Programa BPC Trabalho, um programa de acesso destas pessoas à qualificação profissional e inserção no mundo do trabalho, constituindo-se em dois programas de inserção do deficiente no meio social e desenvolvimento de suas habilidades, conhecimento e interação com as outras pessoas, o que se bem realizado pode trazer muitos benefícios ao desenvolvimento, sobretudo das pessoas com deficiência.

Já em relação ao Bolsa Família, a pesquisa revelou que seu surgimento, a partir da unificação de outros programas sociais, deu-se em meio a uma crise de legitimidade, demorando um pouco para que essa findasse, o que ocorreu em 2007 e 2008, adotando-se

posteriormente medidas de consolidação, em 2009-2010, alcançando em 2011 esta consolidação, a qual também contou com a ajuda do Programa Brasil sem Miséria, que contribuiu no combate ou redução da extrema pobreza no país.

As análises mostram uma grande expansão, seja em seus tipos de benefícios, quantidade e idade de crianças/adolescentes que podem ser beneficiados e aumento de famílias beneficiárias em todo o Brasil.

Através dos recortes históricos até hoje se percebem atualizações de valores através dos vários decretos; a expansão dos tipos de benefício, tendo surgido o benefício variável adolescente e o benefício variável de caráter extraordinário, além do lançamento do Plano Brasil Sem Miséria, no qual o governo fixou a meta de inclusão no BF de mais de 800 mil famílias extremamente pobres, até dezembro de 2013, trazendo como modificação no BF, conforme Silva, Yazbek e Di Giovanni (2012), a elevação do limite do número de crianças e adolescentes com até 15 anos, de famílias extremamente pobres, de 03 para 05, as quais passaram a ter direito ao benefício variável de R\$ 32,00, possibilitando a inclusão de mais de 1,3 milhão de crianças e adolescentes, com vigência a partir de setembro de 2011, aumentando o valor do benefício de R\$ 242,00 para R\$ 306,00.

Portanto, percebe-se que o próprio Plano Brasil Sem miséria vem confirmar, segundo Castro e Schmidt (2012), a focalização das políticas sociais, uma vez que o público-alvo desse é constituído por pessoas em situação de extrema pobreza, ou seja, bastante focalizado nesse segmento, tendo como um de seus propulsores o Banco Mundial. Já o público da Assistência Social definido pela Loas não possui o recorte da “extrema pobreza” e sobre a questão da pobreza, a legislação informa a perspectiva orientada para a universalização dos direitos sociais. Fato que revela a contradição, conforme Castro e Schmidt (2012), da focalização (das ações do Plano Brasil Sem Miséria na extrema pobreza) versus universalização (o que pretende alcançar a Política de Assistência Social segundo a legislação).

Mas apesar de comprovada tal focalização, não significa entendê-la no sentido negativo, da seletividade e restrição de direitos, porque se acredita que para inicialmente erradicar a fome no país, tal focalização é muito necessária, assim como defende Kerstenetzky (2009), quando fala: como uma regra de prioridade na expansão dos serviços sociais a fim de não excluir as classes médias e alcançar primeiro os pobres; assim como falam Alvarenga (2011) e Camargo (2003) quando o propósito é diminuir a desigualdade e a pobreza, algum critério de focalização deve ser introduzido no desenho dos programas sociais.

Assim, este trabalho também defende essa perspectiva, diante ainda de mais de 10 milhões que ainda sobrevivem em extrema pobreza, apesar de todos os esforços para erradicá-

la, a focalização nesses ainda se faz necessária. Focalização essa no sentido de prioridade e não de discriminação, que estas famílias em situação de miserabilidade se constituam sim prioridade da política de Assistência Social, até porque o problema não está na focalização da política, mas na seletividade, em escolher dentro do universo aqueles que têm direito, deixando milhares de famílias que também estejam em situação de vulnerabilidade sem ajuda, mas sim em priorizar quem deve ser atendido primeiro, de acordo com as suas necessidades. E o que tem se observado, até mesmo na própria definição do Programa, é que o Bolsa Família tem trabalhado nessa perspectiva, assim como também o BPC, a fim de que uma vez resolvido o problema da fome, que é emergencial, os também pobres e igualmente necessitados também tenham acesso ao benefício e programa, por se constituírem cidadãos detentores de direitos, assim como os demais já atendidos.

Desse modo, uma das grandes contribuições do Bolsa Família foi ter conseguido reduzir a extrema pobreza já recentemente, no ano de 2013, através do Plano Brasil Sem Miséria e Brasil Carinhoso, que se constituíram em avanços muito importantes por proporem ações articuladas com as políticas de saúde, educação e assistência social. Ou seja, talvez essas sejam contribuições muito mais importantes do que apenas a própria transferência monetária. No entanto, é importante deixar claro que apesar de o Programa ter conseguido alcançar uma redução da extrema pobreza em mais de 60%, o que se constitui num grande êxito, ainda existem mais de 10 milhões de famílias que padecem nestas condições, daí o porquê da universalidade no grupo segmentado ainda não ter sido alcançada. O que, portanto, enseja ações mais articuladas desta política com outras políticas públicas.

Além disso, os números reafirmam o aumento de famílias beneficiárias do Bolsa Família desde a sua implantação até o ano atual, tendo tido uma queda apenas no ano de 2005, o que pode ser explicado pela crise de legitimidade enfrentada pela unificação do benefício. Tal aumento de famílias beneficiárias se encontra em consonância com a elevação ascendente dos recursos transferidos pelo governo federal em todo o período histórico ao BF, mostrando que esse programa social teve uma forte expansão geográfica e concessória, fazendo com que ele, juntamente com o BPC, encontrasse centralidade na Política de Assistência Social, conforme já destacado por Cobo (2012).

Apesar de o volume de recursos gastos com o Bolsa Família ser bem menor, se comparado ao BPC, até mesmo devido aos valores dos benefícios, é inegável o alcance e a cobertura que o BF tem no Brasil inteiro, que juntamente com seu aliado BPC, contribuem para amenizar as precárias condições de vida dos segmentos mais vulneráveis da sociedade. Segundo Kerstenetzky (2009), se observarmos que as transferências governamentais

representam uma pequena parte da renda domiciliar no Brasil, o programa Bolsa Família aparece como um fator relativamente mais importante do que as variações em salários, aposentadorias e pensões.

Outra confirmação que se obteve nesta pesquisa, quando se leva em conta a questão do orçamento, percebida claramente através da Tabela 5 e de suas análises, não é que a Seguridade Social esteja em expansão, se considerarmos o período aqui analisado (2000 a 2013), mas a Assistência Social tem crescido em detrimento das outras políticas da Seguridade Social, uma vez que se observam períodos de redução e de manutenção de gastos na saúde e períodos de manutenção de gastos na previdência, ou seja, a Assistência foi a única política que teve um crescimento o tempo todo ascendente, tendo crescido cerca de 400% durante esses treze anos.

Portanto, realmente vem confirmar a tese já defendida por Mota (2007), da assistencialização da proteção, pois a Assistência Social está assumindo funções que não são suas, de suprir necessidades de outras políticas, ou seja, é como se a Seguridade Social estivesse reduzida à assistência social, questão essa da maior complexidade, pois além de sobrecarregar esta política com atribuições que não tem competência para tal, o usuário é o maior prejudicado com a fragmentação destas políticas e o não cumprimento de papéis de cada uma delas, fazendo com que o Estado de Bem-Estar Social brasileiro não funcione de maneira efetiva, dada a desarticulação e fragilidades das políticas que o compõem.

Daí se questiona: como classificar o Estado de Bem-Estar Social Brasileiro? Mas, antes disso, é relevante lembrar que o referido trabalho se posiciona a favor de que no Brasil houve e há um Estado de Bem-Estar Social, não nos moldes do que existiu na Europa, sobretudo se tomado como parâmetro os países nórdicos, mas que esse se deu no país com características particulares de sua própria formação histórica, específica de sua conjuntura, por ter vivido um capitalismo tardio, mas que isso não descaracteriza seu sistema de proteção, mas lhe dá um caráter embrionário, fragmentado e com peculiaridades próprias.

Compreende-se, ainda, que nesta pesquisa não foi dado subsídios suficientes para se responder a contento tal indagação proposta também neste trabalho, porque não foram trabalhadas todas as políticas sociais de forma detalhada neste. Mas a partir do que foi pontuado nele, pode-se inferir e deixar até mesmo como sugestão para trabalhos posteriores, que se aprofunde a análise aqui esboçada com base em Kerstenetzky e que vai de encontro às análises e posicionamento da autora deste.

A Constituição Federal de 1988, através dos seus preceitos universais, que atendem a toda a população, aproxima-se no sentido do que seria classificado por Esping-Andersen

(1990) como um preceito social-democrata. A saúde e a educação são deveres do Estado e direito de todos, assumindo dimensões universalistas; na previdência se tem os benefícios que são, em grande medida, equalizados, através da vinculação ao salário mínimo, com uma base, inclusive, não contributiva (trabalhadores rurais) e a maior parte contributiva. E, apesar de a Assistência Social ser uma política focalizada, a referida focalização se torna muito necessária no combate à pobreza, sobretudo em um país como o Brasil, de extremas desigualdades e, portanto, tentar praticar a universalidade pregada na Política de Assistência seria fechar os olhos para milhões de brasileiros que ainda padecem de fome e precisam de uma atenção prioritária e emergencial, daí por que este trabalho defende que a Assistência Social nasceu voltada para quem dela necessita e nesse raciocínio, a focalização vai de encontro, que é dar prioridade para quem mais precisa, para num segundo momento ir à busca de políticas sociais universais.

O que se quer mostrar é que o fato de a Assistência Social no Brasil caminhar na perspectiva da focalização, não significa dizer que essa esteja trilhando um rumo indesejável ou ruim, mas que num país de vários problemas estruturais isso se faz necessário, que é tratar os desiguais em suas desigualdades, senão estaríamos cometendo um grande erro ao tratar os desiguais como iguais, além de ser próprio das políticas sociais serem focalizadas para dar conta dessas desigualdades e tentar trabalhar todos esses problemas com foco específico no público mais necessitado de atenção.

Kerstenetzky (2010) diz que muito embora nosso sistema de proteção social caminhe para um modelo mais próximo ao social-democrata, nossos indicadores sociais revelam, mesmo com a melhora recente, muitos problemas na provisão e qualidade desses serviços.

O crescimento da renda da população, combinado com a precarização dos serviços prestados pelo Estado, fazem com que a parcela da população com um nível maior de renda recorra à provisão privada de bem-estar (previdência complementar, planos de saúde privados, escolas particulares, etc.). Além disso, uma parte da população é deixada de fora da proteção do Estado, uma vez que na Previdência os trabalhadores informais representam quase metade da população economicamente ativa e a grande maioria não contribui. Fato esse também registrado na Assistência, no caso daqueles que nem são extremamente pobres e nem se encontram em grupo considerado de risco, como crianças ou idosos, por exemplo, que se encontram também desprotegidos (KERSTENETZKY, 2010).

Em síntese, Kerstenetzky (2010) afirma que nosso país tem um modelo de base conservadora que ainda guarda características de sua origem, mas que caminha na direção da universalização das políticas, embora tenha levado uma parcela da população a buscar

provisão de bem-estar no mercado, reforçando uma estratificação entre aqueles que consomem serviços privados e os que consomem serviço público, emperrando a legitimidade da manutenção e expansão do Estado de Bem-Estar Social Brasileiro. Nas palavras de Kerstenetzky (2010, p.26):

[...] do ponto de vista do mix público privado, o Ebes brasileiro se aproxima da social democracia (pela importância da provisão pública), do ponto de vista da estratificação, se aproxima do regime conservador (principalmente por conta do peso das transferências contributivas), e do ponto de vista da desmercantilização, se aproxima do regime liberal (principalmente por conta da segmentação dos serviços e das transferências focalizadas).

Portanto, para a autora, o Brasil tem um pouco das características de cada um dos regimes de *Welfare State*, sendo, portanto, complicado enquadrá-lo em um só, mas num misto de todos os regimes. Este trabalho adotou o posicionamento desta autora, por concordar com suas análises e acreditar que o Brasil apresenta realmente um misto de todas essas características, uma vez que a saúde e a educação se mostram mais próximas da universalidade típica da social-democracia, claro, resguardando todas as suas deficiências apresentadas; já a previdência traz a estratificação tão própria do regime conservador, dado o caráter contributivo para se ter o acesso e a assistência, dado o seu caráter focalizado e, por vezes, estigmatizador, aproxima-se do regime liberal. No entanto, tal posicionamento fica muito mais como motivador de futuras pesquisas de maior profundidade que permitam comprovar tal afirmação.

É importante frisar que o país sofre todos os reveses de uma ofensiva neoliberal que enfraquece a boa execução das políticas sociais e que restringe os direitos sociais, que contribuíram e muito para que o Estado de Bem-Estar Social não se desenvolvesse e atingisse um patamar de não ser contestada a sua existência em nosso país. No entanto, independentemente do grau de desenvolvimento atingido ou do regime classificatório do nosso sistema de proteção, o país precisa primeiramente conseguir avançar, a ponto de alcançar cem por cento do segmento foco de uma determinada política, para que num momento posterior, ela busque a universalização dentro do universo da Política, para não correr o risco de se buscar o utópico e fortalecer o acirramento das desigualdades sociais, mas sim priorizando quem de fato precisa de ações urgentes. Nesse sentido, a focalização neste trabalho é entendida como etapa necessária para que o país, uma vez atingindo-a em sua totalidade, consiga vislumbrar a possibilidade de ter políticas universais, constituindo, portanto, em um grande desafio para o país.

Encerra-se aqui esta pesquisa concluindo, a partir de Alvarenga (2011) e Pereira (2003), que a sociedade brasileira possui institucionalidades eficazes para lidar com problemas sociais, mas ainda de forma principiante, sendo, assim, necessário um maior investimento público nas áreas básicas de proteção social, de forma que a cobertura de fato se pretenda universal e os resultados se tornem satisfatórios; e programas como o BF, em vez de pretenderem sua expansão, objetivem a redução de seus beneficiários. Assim, o atual desafio das políticas sociais não reside na escolha de programas universais ou seletivos, mas em criar uma infraestrutura de serviços universais (saúde, educação, emprego, por exemplo) para servir de base fecunda ao desenvolvimento de políticas sociais particulares.

REFERÊNCIAS

- ALBER, Jens. "Government Responses to the Challenge of Unemployment: The Development of Unemployment Insurance in Western Europe", New Brunswick, Transaction Press, 1981. In: FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ALMEIDA, Luana Costa. Políticas sociais: focalizadas ou universalistas. É esta a questão? *Revista Espaço Acadêmico*, n. 123, Mensal, Ano XI. FE/UNICAMP, ago. 2011.
- ALVARENGA, Livia Vilas-Bôas. A focalização e universalização na política social brasileira: opostos e complementares. *CEBES*, textos para discussão, n. 65, 2011.
- ALVARENGA, Raquel Ferreira C. de et al.. *Avaliação Social da Deficiência e do Grau de Incapacidade* (texto explicativo). Brasília-DF, 2009.
- AMORIM, Ricardo L. C. et al.. *Brasil real: a desigualdade para além dos indicadores*. São Paulo: Outras Expressões, 2012.
- ANDRADE, Fabrício Fontes. Regimes de proteção social na América Latina: modelos e tendências recentes. *Emancipação*, Ponta Grossa, 12(1): 21-33, 2012. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso: em 09. ago. 2014.
- ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias e expectativas. In: *BIB*, n. 39, 1995.
- BAPTISTELLA, Juliana Carolina Frigo. Tema II – Qualidade do Gasto público. Os Impactos dos Programas de Transferência Condicionada de Renda na Desigualdade do Rendimento Domiciliar Per Capita nas Macrorregiões Brasileiras pós-2000. *Revista Finanças Públicas – XV Prêmio Tesouro Nacional*, 2010.
- BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. *Deficiência e Igualdade: o desafio da Proteção Social*. Brasília-DF, 2007.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 3. ed, São Paulo: Cortez, 2007. Volume 3.
- BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. *Revista Psicologia & Sociedade*, Brasília, 15 (1): 57-96; jan./jun.2003.
- _____, _____ et al. Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. In: BOSCHETTI, Ivanete. *A seguridade Social na América Latina*. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____, _____. *Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso em 09 ago. 2014.

_____, _____. Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites a sua efetivação. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. *Serviço Social: direitos e competências*. Brasília, 2009.

_____, _____. SALVADOR, Evilásio. Orçamento da seguridade social e política econômica: perversa alquimia. *Revista Serviço Social & Sociedade*, nº 87, ano XXV, Especial, 2006.

_____, _____. TEIXEIRA, S. O. *Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil*. Disponível em: www.ts.ucr.ac.cr. Acesso em 21 mar. 2004.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Câmara dos deputados. 33. ed. Brasília, 2010a.

_____. *Decreto nº 1.744*, de 8 de Dezembro de 1995. Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1995/1744.htm>>. Acesso em 20 set. 2014.

_____. *Decreto nº 3.298*, de 20 de dezembro de 1999. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em 20 set. 2014.

_____. *Decreto nº 4.675*, de 16 de Abril de 2003. Regulamenta o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – “Cartão Alimentação”, criado pela Medida Provisória nº 108, de 27 de fevereiro de 2003. Brasília, 2003a.

_____. *Decreto nº 5.749*, de 11 de abril de 2006. Revogado pelo Decreto nº 6.824, de 2009. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5749.htm>. Acesso em 8 set. 2014.

_____. *Decreto nº 6.157*, de 16 de julho de 2007. Revogado pelo Decreto 6.491, de 2008. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6157.htm>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. *Decreto nº 6.214*, de 26 de setembro de 2007, publicada no DOU. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência. Brasília, 2007b.

_____. *Decreto nº 6.564*, de 12 de setembro de 2008. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Decreto/D6564.htm>. Acesso em 20 set. 2014.

_____. *Decreto nº 6.824*, de 16 de abril de 2009. Revogado pelo decreto nº 6.917. Brasília, 2009a. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6824.htm>. Acesso em 17 out. 2014.

_____. *Decreto nº 6.917*, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Brasília, 2009b. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6917.htm#art3>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Decreto nº 7.492*, de 2 de junho de 2011. Institui o Plano Brasil Sem Miséria. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7492.htm>. Acesso em 8 set. 2014.

_____. *Decreto nº 7.494*, de 2 de junho de 2011. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7494.htm>. Acesso em 8 set. 2014.

_____. *Decreto nº 7.617*, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm>. Acesso em 20 set. 2014.

_____. *Decreto nº 7.758*, de 15 de junho de 2012. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7758.htm>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. *Decreto nº 7.852*, de 30 de novembro de 2012. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7852.htm>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. *Decreto nº 8.232*, de 30 de abril de 2014. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta o Programa Bolsa Família, e o Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011, que institui o Plano Brasil Sem Miséria. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8232.htm>. Acesso em 12 set. 2014.

_____. *Instrução Normativa INSS/PRES nº 20*, de 11 de outubro de 2007. Brasília, 2007c.

_____. *Lei nº 8.213*, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Lei nº 8.742*, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em 10 ago. 2014.

_____. *Lei nº 9.720*, de 30 de Novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em:

<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1998/9720.htm>>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Lei nº 10.741*, de 3 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003b. Disponível em:

<<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Lei nº 10.836*, de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.836.htm>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Lei nº 11.692*, de 10 de junho de 2008. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Brasília, 2008a. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11692.htm>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Análise Situação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI*. Fórum Nacional de Erradicação do trabalho infantil. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 2004b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. A Evolução dos Recursos dos Programas de Transferência de Renda. *Caderno SUAS*, Brasília, Ano 3, n. 3, 2008b. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/cadernos-suas-evolucao-dos-recursos-dos-programas-de-transferencia-de-renda/Caderno%20SUAS%20III%20-%20Publicado.pdf/download>>. Acesso em 21 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Benefícios emitidos por mês e recursos gastos por ano em todos os estados*. Brasília, 2014b. Disponível:

<www.mds.gov.br/relocrys/bpc/download_beneficiários_bpc.htm>. Acesso em 11 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS. Secretaria Nacional de Assistência Social. *BPC na Escola: Documento Orientador*. Brasília-DF, 2011d. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/bpc-na-escola/BPC%20na%20escola%20-%20Documento%20Orientador.pdf/download>>. Acesso em 9 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Caderno de Orientações Técnicas do Programa BPC Trabalho*. Brasília, maio de 2013a. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/bpc-trabalho/caderno-de-orientacao-bpc-trabalho.pdf>. Acesso em 10 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Cartilha do PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*. Brasília, 2004c.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Cartilha Plano Brasil Sem Miséria no seu Município*. Brasília, 2013b. Edição revisada. Disponível em:

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/RIV3/dadosSv/cartilha_msm/CartilhaBSM.pdf>. Acesso em 22 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Condicionalidades do Bolsa Família*. Brasília, 2014c. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/condicionalidades/beneficiario/codicionalidades>>. Acesso em 18 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Evolução da concessão e dos gastos com o BPC - LOAS no período de 1996 a 2001*. Brasília, 2003c. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/relcrys/bpc/download_beneficiarios_bpc.htm>. Acesso em 12 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Financiamento da Assistência Social no Brasil. *Caderno SUAS*, Brasília, n. 6, Ano 6, nov. 2013c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/caderno-suas-no-6-financiamento-da-assistencia-social/Caderno_SUAS-no06_final.pdf.pagespeed.ce.ITkZaFlImm.pdf>. Acesso em 25 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. *Manual de Gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal*. Brasília, 2012c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/biblioteca/secretaria-nacional-de-renda-de-cidadania-senarc/manuais/manual-de-gestao-do-cadastro-unico-para-programas-sociais-do-governo-federal/manual-de-gestao-do-cadastro-unico-para-programas-sociais-do-governo-federal>>. Acesso em 22 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Norma Operacional Básica: NOB/SUAS*. Brasília, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Nota Técnica DBAIS/SNAS/MDS nº 69*. Brasília-DF, 2010b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social: PNAS*. Brasília, 2004d.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Portaria Interministerial nº1, de 1º de agosto de 2014*. Brasília, 2014c. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_25793837_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_1_DE_1_DE_AGOSTO_DE_2014.aspx>. Acesso em 14 out. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Portaria Interministerial MDS/ MEC/MTE/SDH-PR nº 2*, de 02 de agosto de 2012. Institui o Programa de Promoção do Acesso das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Qualificação Profissional e ao Mundo do Trabalho - Programa BPC Trabalho. Brasília, 2012c.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Portaria Normativa Interministerial nº 19*, de 2 de Abril de 2007. Estabelece as diretrizes para cooperação entre o Ministério da Educação e o Ministério do Esporte, com o objetivo de definir critérios visando à construção de quadras esportivas ou infra-estrutura esportiva em espaços escolares. Brasília, 2007c.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Revisão da concessão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada* 5ª etapa. Benefícios concedidos no período de 01.12.2001 a 30.07.2003: Orientações Básicas. Brasília, maio de 2005b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Tabela “Evolução da concessão do BPC - LOAS no período de 1996 a 2001”*. Brasília, 2002a. Disponível no site do MDS. Acesso em 10 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Tabela “Evolução dos gastos com o BPC - LOAS no período de 1996 a 2001”*. Brasília, 2002b. Disponível no site do MDS. Acesso em 10 set. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Relatório de Gestão – 2011*. Brasília, 2012d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/processodecontas/unidades-do-mds/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/arquivos/2011/1relatorio-de-gestao-snas-2011-final-290312.pdf>>. Acesso em 8 out. 2014.

_____. Presidência da República. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Decreto Legislativo nº 186/2008; Decreto nº 6.949/2009. 4. ed. Revista e atualizada. Brasília, 2011e.

_____. *Medida Provisória nº 132*, de 20 de outubro de 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2003c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/menu_superior/legislacao_e_instrucoes/leis-1/medida-provisoria-n132.pdf/view>. Acesso em 22 set. 2014.

_____. *Lei nº 6.179*, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Brasília, 1974.

_____. *Protocolo de gestão integrada de serviços, benefícios e transferência de renda no âmbito do SUAS*. Brasília, MDS/ Comissão intergestores tripartite, 2009.

_____. *Número de pessoas em domicílios com renda domiciliar per capita inferior à linha de extrema pobreza*. IPEADATA, 2014a. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>. Acesso em 17 dez. 2014.

_____. *Número de pessoas em domicílios com renda domiciliar per capita inferior à linha da pobreza*. IPEADATA, 2014b. Disponível em: <www.ipeadata.gov.br>. Acesso em 17 dez. 2014.

BRIGGS, Anthony. (1961), “The Welfare State in Historical Perspective”. Archives Européennes de Sociologie, n.2. In: DRAIBE, Sônia Miriam. O 'Welfare State' no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, ANPOCS, Vértice, 1989.

BRITTO, Tatiana; SOARES, Fabio Veras. Bolsa Família e Renda Básica de Cidadania: um passo em falso? *Textos para Discussão* 75, Brasília, ago. 2010. Centro de Estudos da Consultoria do Senado. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/conleg/centroaltosestudios1.html>>. Acesso em 20 set. 2014.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. *Texto para Discussão*, IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, n. 858, jan. 2002.

CAMARGO, José Márcio. *Gastos sociais: focalizar versus universalizar*. Políticas sociais – acompanhamento e análise, IPEA. Rio de Janeiro, ago. 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio2_Jose7.pdf>. Acesso em 24 set. 2014.

CASTRO, Alba Tereza Barroso de; SCHMIDT, Janaina Albuquerque. *O Plano Brasil Sem Miséria e a Política de Assistência Social no da Crítica*. Trabalho apresentado no XIII ENPES, realizado de 05 a 09 de novembro de 2012. Juiz de Fora – MG, 2012. Disponível em: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/HOMEPORTUGUESE/EXTPAISES/EXTLACINPOR/BRAZILINPOREXTN/0.contentMDK:22931620~page>>. Acesso em 29 set. 2014.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - CEF. *Perguntas e respostas: Caixa-Bolsa Família*. Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/voce/Social/Transferencia/bolsa_familia/index.asp>. Acesso em 21 set. 2014.

CAMARGO, José Márcio. *Gastos sociais: focalizar versus universalizar*. Políticas sociais – acompanhamento e análise, IPEA. Rio de Janeiro, ago. 2003. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/ensaio2_Jose7.pdf>. Acesso em 24 set. 2014.

CASTANHA, Viviane Brovedan. *O Programa Bolsa Família: a Intersetorialidade entre a Política de Assistência Social e as Políticas de Saúde e de Educação*. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), 2010. Disponível em: <http://www.egem.org.br/arquivosbd/basico/0.232032001296753559_programa_bolsa_familia.pdf>. Acesso em 22 set. 2014.

CASTLES, Francis G. (1995), “Welfare state development in southern Europe”, *West European Politics*, 18 (2), pp. 291-313. In: SILVA, Pedro Adão e. O modelo de Welfare State da Europa do Sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e*

Práticas, n. 38, Oeiras, mai, 2002, pp.25-59. Disponível em:
<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n38/n38a03.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2014.

CAVALCANTE, Pedro Luiz Costa. Programas de Transferência Condicionada de Renda da América Latina: uma abordagem comparada entre Brasil, México, Chile e Colômbia. *Revista do Serviço Público*, Brasília 62 (2): 105-118 abr./jun. 2011. Disponível em:
<http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3707>. Acesso em 12 ago. 2014.

CECCHINI, Simone; MADARIAGA, Aldo. Programas de Transferência Condicionadas: Balance de la Experiencia Reciente en América Latina y El Caribe. *Cadernos de La Cepal*, Asdi, Nações Unidas, Santiago-Chile, 2011. Disponível em:
<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/44126/Programas-transferencias-Condicionadas-ALC-95.pdf>>. □□ Acesso em 07 set. 2014.

CENTRO INTERNACIONAL DE POBREZA (CIP). Transferências de Rendas Condicionadas: Porque focalização e condicionalidades podem falhar. Brasília. *One Pager*, n. 48 ago. 2008. Disponível em: <www.undp-povertycenter.org>. Acesso em 03 ago. 2014.

CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Montevideo: Cepal, 2006. Disponível em:
<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/24079/lcg2294e.pdf>>. Acesso em 14 set. 2014.

_____. *Panorama Social de América Latina 2009*. Naciones Unidas, Cepal. Santiago de Chile, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/37839/PSE2009-Cap-II-gasto-social.pdf>>. Acesso em 9 jan. 2014.

CHESNAIS, Francois. A mundialização do capital. São Paulo: Xumã, 1996. In: MONTAÑO, C. ; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2011.

CIF. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Classificação detalhada com definições. Organização Mundial de Saúde (OMS), 2003. Disponível em:
<www.cepde.rj.gov.br/cif>. Acesso em 24 set. 2011.

COBO, Barbara. *Políticas focalizadas de transferência de renda: contextos e desafios*. São Paulo: Cortez, 2012.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. CGU – Portal da Transparência. *Consultas temáticas: Bolsa Família por ano de exercício*. Brasília, 2014. Disponível em:
<<http://www.portaltransparencia.gov.br/graficos/bolsafamilia/>>. Acesso em 17 out. 2014.

COTTA, Tereza Cristina; PAIVA, Luis Henrique. O Programa Bolsa Família e a Proteção Social no Brasil. In: CASTRO, Jorge Abrahão; MODESTO, Lúcia. *Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios*. Brasília: IPEA, 2010.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistema de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. de (org.). *Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil*. Campinas-SP: IE/UNICAMP, p. 9-29, 1998.

DI GIOVANNI, Geraldo; PRONI, Marcelo Weishaupt. *Metamorfose do Estado, Proteção Social e Cidadania*. São Paulo, 2006. Disponível em: <observatóriosocial.org.br/arqmorto/files>. Acesso em 31 out. 2014.

DIAS, Adriane Tomazelli. *A “nova” questão social e os programas de transferência de renda no Brasil*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

DRAIBE, Sônia Miriam. O 'Welfare State' no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, ANPOCS, Vértice, 1989.

DULCI, Otavio Soares. Transferência de renda e política social: Modelos e trajetórias institucionais na América Latina. *33º Encontro da ANPOCS*. GT 12: Desafios e dimensões contemporâneas do desenvolvimento. Caxambu, MG, 26 a 30 de outubro de 2009.

DUMONT, Jean-Pierre. Les systems de la protection sociale. 2. Ed. Paris: MIRE, 1995. In: BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso em 09 ago. 2014.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova*, São Paulo, n. 24, set. 1991.

_____. O futuro do welfare State na nova ordem mundial. *Lua Nova*, São Paulo, n.35, 1995.

FARIA, Carlos A. P. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar Social. In. *BIB*, n. 46, 1995.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol*, São Paulo, p.187-93, 2005.

FERREIRA, Maria D'Alva Macedo; COSTA, Teresa Cristina Moura. Os sistemas de proteção social e suas influências na configuração da seguridade social e da assistência social no Brasil. *Revista FSA*, Piauí, v. 10, n. 3, art. 14, pp.228-253, jul./set. 2013.

FERRERA, Maurizio. A reconstrução do estado social na Europa meridional. *Análise Social*, vol. XXXIV, 2000, p. 454-475.

_____, _____; HEMERIJCK, Anton; RHODES, Martin. *O Futuro da Europa Social: Repensar o trabalho e a proteção social na nova economia*. Tradução de Miguel Cabrita. Oeiras: Celta Editora, 2000.

FIORI, José L. Estado do bem-estar social: padrões e crises. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1997.

FILGUEIRA, Fernando. 1997. "Tipos de welfare y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada". Versión revisada y modificada del documento presentado en el marco del proyecto "Social Policy Citizenship in Central America", Social

Science Research Council. Guadalajara, 1997. In: FLEURY, Sônia; MOLINA, Carlos G. Modelos de protección social. In: *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes), 2002.

FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FLEURY, Sônia; MOLINA, Carlos G. Modelos de protección social. In: *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes), 2002.

FLORA, P. & HEIDENHEIMER, A. (1986) Lo Sviluppo de: Welfare State in Europa e in America. Florença, Mulino, 1986. In: DRAIBE, Sônia Miriam. O 'Welfare State' no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, ANPOCS, Vértice, 1989.

FRANZONI, Juliana Martinez. Regímenes de Bienestar em América Latina. In: *Documento de Trabajo n°11*. Madri: Fundación Carolina, 2007.

_____. *Domesticar la incertidumbre em América Latina: mercado laboral, política social y familias*. São José: UCR, 2008.

FROTA, Mainara Mizzi Rocha; ZIMMERMANN, Clóvis Roberto. *O Brasil e as experiências internacionais de Programas de Transferência de Renda*. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/mainaramizziOBrasileasexperienciasinternacionaisdeProgramas.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2014.

GIMENES, Junia Garcia *et al.*. *O processo de afirmação da assistência social como política social*. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevistas/c-v8n2_sonia.htm>. Acesso em 09 out. 2012.

GOMES, Ana Lúcia. Benefício de Prestação Continuada: direito da Assistência Social para pessoas idosas e com deficiência. *Cadernos de Estudos, Desenvolvimento Social em Debate*, Número 2 (suplementos). Brasília, 2005. Disponível em: <www.funorte.com.br/files/servico-social/10.pdf>. Acesso em 16 set. 2014.

_____, _____. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanço. In: SPOSATI, A. (org.). *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

GOUGH, Ian. The Political Economy of the Welfare State. London, The Macmillan Press Ltd., 1979. In: FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Em 2013, esperança de vida ao nascer era de 74,9 anos*. Disponível em: <censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?view=noticia&idnoticia=2773&busca=1&t=2013-esperanca-vida-nascer-era-74-9-anos>. Acesso em 17 dez. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS. Ministério de Previdência Social. Caderno do Participante: *Curso “Novo modelo de avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2009a.

_____. *INSS em números*. Brasília, jun. 2009b. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *INSS em números*. Brasília, jun. de 2014a. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Orientação Interna INSS-DIRBEN nº 81*, de 15 de Janeiro de 2003. Brasília, 2003. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Orientação Interna INSS-DIRBEN nº 58*, de 18 de dezembro de 2001. Informações técnicas sobre o processo de revisão e procedimento do INSS. Brasília, 2001. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Orientação Interna nº 196 INSS/DIRBEN*, de 3 de setembro de 2008. Brasília, 2008. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Memorando Circular nº 3/DIRBEN/INSS*, 26 de janeiro de 2012. Brasília, 2012a. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Memorando Circular-Conjunto nº 6/PRES/PFE/DIRSAT/DIRAT/DIRBEN/INSS*, de 31 de agosto de 2012. Brasília, 2012b. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Memorando Circular nº 14 DIRBEN/CGRDPB*, de 23 de abril de 2010. Brasília, 2010. Brasília, 2010. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Memorando-Circular Conjunto nº 21 /DIRBEN/DIRSAT/INSS*, de 7 de julho de 2011. Brasília, 2011. Disponível na intranet do INSS intitulada por: <www-inss.prevnnet>. Acesso em 27 ago. 2014.

_____. *Portaria Conjunta nº 2*, de 19 de setembro de 2014. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://www.seac-abc.com.br/noticias/mostrar.php?codigo=12926>>. Acesso em 10 set. 2014.

_____. *Resolução INSS/PR Nº 435*, de 18 de março de 1997 - DOU de 04/04/97. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-PR/1997/435.htm>>. Acesso em 10 set. 2014.

JERONIMO, Josie. Eu saí do Bolsa Família. *Isto É*. Reportagem Especial independente Brasil, n. 2295, 8 de nov. 2013. Disponível em: <www.istoé.com.br/reportagens/333863_EU+SAI+BOLSA+FAMILIA+>. Acesso em 17 dez. 2014.

KATROUGALOS, George S. (1996), “The south European welfare model: the Greek welfare state, in search of an identity”, *Journal of European Social Policy*, 6 (1), pp. 39-60. In: SILVA, Pedro Adão e. O modelo de Welfare State da Europa do Sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 38, Oeiras, mai, 2002, pp.25-59. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n38/n38a03.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2014.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. *O Estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

_____, _____. Políticas sociais: focalização ou universalização? *Revista de Economia Política*, n. 4, v. 26, p. 564-574, out./dez. 2006.

_____, _____. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia Política do Programa Bolsa Família. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 52, 2009, pp.53 a 83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a02>>. Acesso em 23 set. 2014.

_____, _____. In. Democracia e Welfare. *Texto para Discussão*, n. 37. CEDE, Universidade Federal Fluminense, 2011. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/cede/sites/default/files/TD37_2.pdf>. Acesso em 03 ago. 2014.

KOTT, Sandrine. L’Etat social allemand: représentations et pratiques. Paris: Belin, 1995. In: BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso em 09 ago. 2014.

LANDIM JUNIOR, Paulo Henrique. *Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Economia dos Municípios Brasileiros*. Relatório Final. Instituto de Ensino e Pesquisa – INSPER. São Paulo, ago. 2009.

LAVINAS, Lena; VARSANO, Ricardo. Programas de Garantia de Renda Mínima e Ação Coordenada de Combate à Pobreza. IPEA. *Texto para Discussão*, n. 534. Rio de Janeiro-RJ, 1997.

LAURELL, Asa C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, Asa C. (Org.). *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 2004.

MACEDO, Dione Chaves de *et al.*. A construção da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. São Paulo. *Rev. Simbio-Logias*, v. 2, n. 1, mai. 2009. Disponível em: <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/A_Construcao_da_Politica_de_Seguranca.pdf>. Acesso em 12 set. 2014.

MAGRO, Aline Fátima do Nascimento; REIS, Carlos Nelson dos. Os programas de transferência de renda na América Latina: Panorama de Experiências em desenvolvimento. *Revista OIDLES*, v. 5, n. 10, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.eumed.net/rev/oidles/10/nmnr.htm>>. Acesso em 3 set. 2014.

MALLOY, James. 1986. Política de Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal. In: FLEURY, Sônia; MOLINA, Carlos G. Modelos de protección social. In: *Diseño y gerencia de políticas y programas sociales*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (Indes), 2002.

MANDEL, Ernest. O Capitalismo tardio. São Paulo: Abril Cultural, 1982. (Coleção Os Economistas). In: MONTAÑO, C. ; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2011.

MARSHALL, T.H. 1965. Política Social. Rio de Janeiro: Zahar Editores. In: DRAIBE, Sônia Miriam. O 'Welfare State' no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, ANPOCS, Vértice, 1989.

MATTEI, Lauro. *Texto para discussão*: Notas sobre programas de transferência de renda na América Latina. Instituto de Estudos Latino-Americanos (IELA). Universidade Federal de Santa Catarina, n. 10/20010, 2009. Disponível em: <http://www.iela.ufsc.br/uploads/docs/158_texto10.lauro.pdf>. Acesso em 12 ago. 2014.

MEDEIROS, Marcelo. In. A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. *Texto para discussão*, n. 852. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0852.pdf>. Acesso em 03 ago. 2014.

MENY, Yves & THOENING, Jean-Claude. Politiques Publiques. Paris: PUF, 1989. In: BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. *Revista Psicologia & Sociedade*, Brasília, 15 (1): 57-96; jan./jun.2003.

MESA-LAGO, Carmelo. *As reformas de Previdência na América Latina e seus impactos nos princípios de seguridade social*. Tradução da Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília: Ministério da Previdência Social, 2006.

_____, _____. Social security in Latin America: pressure groups, stratification and inequality. University of Pittsburg, 1978. In: ANDRADE, Fabrício Fontes. Regimes de proteção social na América Latina: modelos e tendências recentes. *Emancipação*, Ponta Grossa, 12(1): 21-33, 2012. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso: em 09. ago. 2014.

MÉSZAROS, Esteván. A crise estrutural do capital. São Paulo: Bomtempo, 2009. In: MONTAÑO, C. ; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. A (contra) reforma do Estado no regime de acumulação flexível (pós-1973). In: MONTAÑO, C. ; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2011.

MOREIRA, Marinete. *Considerações sobre a Avaliação Social para acesso ao BPC*. Brasília-DF, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. Dossiê Trabalho e projeto profissional. *Revista Em Pauta*, Nº 20, 2007.

NEUBOURG, Chris de; CASTONGUAY, Julie; ROELEN, KEETIE. *Redes de segurança social e assistência social focalizada: lições da experiência europeia*. Maastricht Graduate School of Governance: Universidade de Maastricht, 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Estado de Bem-estar Social: origens e desenvolvimento. *Revista KATÁLYSIS*, n. 5 jul./dez. 2001.

NUNES, Larissa Veloso. *As contribuições do novo modelo de avaliação do Benefício de Prestação Continuada (BPC) à Pessoa com Deficiência*. Monografia de Conclusão de Curso de pós-graduação em direito previdenciário. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 2011.

PADILHA, Miriam Damasceno. A Política Social de Combate ao Trabalho Infantil – notas reflexivas para o debate sobre o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI/PE. Universidad de Costa Rica, 2002. Disponível em: < www.ts.ucr.ac.cr >. Acesso em: 21 de set. 2014.

PARIJS, Philippe Van. Renda Básica: Renda mínima garantida para o século XXI? In: SUPLICY, Eduardo Matarazzo. *Renda de Cidadania: a saída é pela porta*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

PAES-SOUSA, Rômulo. Plano Brasil Sem Miséria: incremento e mudança na política de proteção e promoção social no Brasil. Centro Mundial para o Desenvolvimento Sustentável (Centro RIO+). Rio de Janeiro, agosto de 2013. *Working Paper*, n. 113. Disponível em: <www.ipc-undp.org>. Acesso em 12 set. 2014.

PAIVA, Williams Silva; LIMA, Antônia Jesuíta. A financeirização da Saúde Pública: uma análise do subfinanciamento da saúde pública e da priorização do campo privado na saúde brasileira. *VI Jornada Internacional de Políticas Públicas*. São Luís-MA, 2013.

PASTORINI, Alejandra. *Enfrentamento da pobreza e assistencialização da proteção social no Brasil*. Artigo apresentado na II Jornada Internacional de Políticas Públicas, UFMA, 2005.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. 34. ed. Brasília: ENAP, 1998.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. *Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____, _____. *Porque também sou contra a focalização das políticas sociais*. Brasília, 2003. Disponível em: <www.neppos.unb.br>. Acesso em 12 set. 2011.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P.; STEIN, Rosa Helena. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (orgs). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

PETRAS, James. Neoliberalismo: América Latina, Estados Unidos e Europa. Blumenau: FURB, 1999. (Coleção Sociedade e Ambiente, N.3). In: MONTAÑO, C. ; DURIGUETTO, M. L. *Estado, Classe e Movimento Social*. São Paulo: Cortez, 2011.

POSSAS, Cristina. *Estado, movimentos Sociais e Reformas na América Latina: uma reflexão sobre a Crise Contemporânea*. Venezuela, 1991. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v2n1/07.pdf>. Acesso em 7 set. 2012.

QUEIROZ, Silvana Nunes de *et al.*. Evolução do Programa Bolsa Família: Brasil e estados do Nordeste 2004-2009. *SER Social*, v.12, n. 27, p.33-62, jul./dez. 2010.

ROBLES, Barbara J. (2009). *Strengthening social security for farm workers: The fragile retirement prospects for Hispanic Farm worker families*. Washington, DC: National Academy of Social Insurance. In: PEREIRA, Potyara Amazoneida P.; STEIN, Rosa Helena. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (orgs). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010.

ROSANVALLON, Pierre. *A nova questão social*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

_____, _____. *La Crise de l'État Providence*. Paris: Editions Du Seuil, 1981. In: BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade Social na América Latina após o dilúvio neoliberal*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileiroc2007_bra.pdf>. Acesso em 09 ago. 2014.

SALVADOR, Evilásio. *Fundo Público e Seguridade Social no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

SIAFI. STN/CCONT/GEINC. *Tabela Despesa da União por Função: Orçamento Fiscal e da Seguridade Social*. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi>>. Acesso em 12 set. 2014.

SILVA, Allan Teles da. *Os Desafios da Avaliação Social Para Acesso ao BPC*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Panorama Geral dos Programas de Transferência de Renda na América Latina e Caribe. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, Número Especial, p. 299-306, julho de 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/revista.oa?id=3211>>. Acesso em 1º set. 2014.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e.; YAZBEK, Maria Carmelita; DI GIOVANNI, Geraldo. *A Política Social Brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. 6. ed. Rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, Pedro Adão e. O modelo de Welfare State da Europa do Sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 38, Oeiras, mai, 2002, pp.25-59. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n38/n38a03.pdf>>. Acesso em 09 ago. 2014.

SOARES JÚNIOR, Jair Soares. O conceito de família para fins de benefícios assistenciais. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19037/o-conceito-de-familia-para-fins-de-beneficios-assistenciais>>. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 16, n. 2863, 4 mai. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19037>>. Acesso em 5 out. 2014.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. Neoliberalismo e lutas Sociais: perspectivas para as políticas públicas – retrocessos, recorrências e avanços. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, n. especial, p.15-24, ago. 2010.

_____, _____. O impacto do ajuste sobre a política social: o desmonte e as propostas de “reformas”. In: SOARES, Laura Tavares Ribeiro. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SOARES, Sergei; SÁTYRO, Natália. O Programa Bolsa Família: desenho institucional e possibilidades futuras. In: CASTRO, Jorge Abrahão; MODESTO, Lúcia. *Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios*. Brasília: IPEA, 2010.

SPOSATI, Aldaíza. Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In: SPOSATI, A. (org.). *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

STEIN, Rosa Helena. Configuração recente dos programas de transferência de renda na América Latina: focalização e condicionalidade. In: BOSCHETTI, Ivanete *et al.* (orgs). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. *Renda de Cidadania: A saída é pela porta*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de proteção Social brasileiro na contemporaneidade: “novas” relações entre Estado e Sociedade? *Revista FSA*, Teresina, v. 10, n. 1, art. 15, PP. 264-280, jan./mar. 2013.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O processo de americanização da proteção social para os brasileiros. In: VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: luperj/Revan, 1998.

_____, _____. Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza D'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBANEZ, Nelson (orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

WANDERLEY, Luis Eduardo W. *A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho*. In: BÓGUS, Lúcia *et al.* (orgs). São Paulo: EDUC, 2008.

APÊNDICE A

Quadro 9: Mudanças na legislação do BPC Idoso (B88) desde o seu surgimento até o novo milênio

LEGISLAÇÃO	DOCUMENTOS	IDADE	VALOR DO BENEFÍCIO	CONCEITOS DE FAMÍLIA	DUAS PESSOAS OU MAIS PODEM RECEBER ESTE BENEFÍCIO	REQUISITOS	ETAPAS DE CONCESSÃO	CESSAÇÃO
De 1996 a 1998 Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 Decreto nº 1.744, de 8	A comprovação da idade do beneficiário idoso, a que se refere o inciso I do art. 5º, far-se-á mediante apresentação de um dos seguintes documentos: I - certidão de nascimento; II - certidão de casamento; III - certidão de reservista; IV - carteira de identidade; V - carteira de trabalho e previdência social emitida há mais de cinco anos; VI - certidão de	Possuir 70 anos de idade ou mais	- Um salário mínimo;	- Família: a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes;	- o benefício de prestação continuada será devido a mais de um membro da mesma família, enquanto for atendido o disposto no inciso III do art. 2º deste Regulamento, passando o valor de benefício a compor a renda familiar, para a concessão de um segundo benefício;	Para fazer jus ao salário mínimo mensal o beneficiário idoso deverá comprovar que: I - possui setenta anos de idade ou mais; II - não exerce atividade remunerada; III - a renda familiar mensal <i>per capita</i> é inferior à prevista no § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742,	Apenas setor administrativo do INSS (balcão); O benefício será dado entrada no INSS por meio de: - Os formulários de requerimento para a habilitação do beneficiário serão fornecidos pelos Postos de Benefícios do Instituto Nacional do	O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso de morte presumida, declarada em juízo;

de dezembro de 1995 e	inscrição eleitoral. - Para comprovação da inexistência de atividade remunerada do beneficiário idoso, admitir-se-á como prova declaração dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A comprovação da renda familiar <i>per capita</i> será feita mediante a apresentação de um dos seguintes documentos por parte de todos os membros da família do requerente que exerçam atividade remunerada: I - Carteira de Trabalho e Previdência Social com anotações atualizadas;					de 1993 (ter renda familiar mensal, <i>per capita</i>, inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo). IV – não possuir outro benefício pecuniário no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime previdenciário ou assistência.	Seguro Social - INSS, pelo órgão autorizado ou pela entidade conveniada.	IV - em caso de ausência, declarada em juízo, do beneficiário.
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	---	---

	II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; III - carnê de contribuição para o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; IV - extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou outro regime de previdência social público ou privado; V - declaração de entidade, autoridade ou profissional a que se refere o art. 12.							
De 1998 a 2003		A idade passa a ser 67 (sessenta e sete) anos de idade ou mais		- Entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991,				

Lei nº 9.720, de 20 de novembro de 1998				desde que vivam sob o mesmo teto, a saber: I – O cônjuge, o companheiro, a companheira e o filho, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; II – Os pais; III – O irmão, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; IV – A pessoa designada, menor de 21 anos ou maior de 60 anos ou inválida.				
De 2004 a	Apresentação de pelo menos um dos documentos:	Possuir 65 (sessenta e sete) anos de idade ou mais	- Um salário mínimo;	- Família: o conjunto de pessoas que viva sob o mesmo teto, assim entendido:	O benefício poderá ser concedido a mais de um membro da família, desde que	- Idade; - não auferir	Apenas setor administrativo do INSS (balcão);	O pagamento do benefício cessa:

2007 Orienta- ção Interna INSS - Dirben nº 81, de 15 de janeiro de 2003 Lei nº 10.741, de 3 de outubro de 2003	a) Certidão de Nascimento; b) Certidão de Casamento Civil; c) Certificado de Reservista; d) Carteira de Identidade; e) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS; f) Certidão de Inscrição Eleitoral; e g) Declaração expedida pela Funai (no caso do indígena). Para aqueles que exercem atividade remunerada, o seu rendimento será comprovado por: a) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS; b) Contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; c) Guia de			o cônjuge, o companheiro(a), os pais, os filhos, inclusive o enteado e o menor tutelado, e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos;	comprovadas todas as condições exigidas; - Com o Estatuto do Idoso (art.34), o benefício concedido a um idoso não será computado como renda no cálculo para o benefício de outro idoso;	benefício pecuniário no âmbito da Seguridade Social ou de qualquer outro regime previdenciário ou assistencial, exceto a Pensão Especial de vida aos dependentes das vítimas da hemodiálise de Caruaru (PE), prevista na Lei nº 9.422, de 24 de dezembro de 1996; - ter renda familiar mensal, <i>per capita</i>, inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo, considerando na apuração todas as rendas dos membros do grupo familiar descritos no item critérios.	O benefício será dado entrada no INSS por meio de: - formulário “Requerimento de Benefício Assistencial”, Anexo II, acompanhado da Declaração Sobre a Composição do Grupo e Renda Familiar do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência, Anexo III, e documentação correspondente. As Secretarias Municipais de Assistência Social – Smas, ou congêneres poderão,	a) Su- pe- ra- ção das con- di- ções que lhe de- ra- m ori- gem; b) morte compro- va- da do bene- ficiário; c) morte presu- mi- da do bene- ficiário, de- cla- rada em juízo;
--	---	--	--	---	---	---	--	--

	Previdência Social – GPS, para os contribuintes individuais, não sendo consideradas as contribuições vertidas pelo segurado facultativo, desde que não esteja exercendo atividade remunerada; d) extrato de pagamento de benefício fornecido pelo INSS ou por outro regime de previdência pública ou privada.						mediante solicitação formal do INSS, realizar previamente a Avaliação Social dos interessados ao benefício assistencial para subsidiar a decisão do INSS sobre o benefício	
De 2008 a 2009 Decreto nº 6.214, de	Deverá o requerente apresentar um dos seguintes documentos: I - certidão de nascimento; II - certidão de	- Possuir 65 anos ou mais;	- um salário mínimo;	- Família: é o conjunto de pessoas que vive sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição,	O Benefício de Prestação Continuada será devido a mais de um membro da mesma família enquanto atendidos os requisitos exigidos neste Regulamento;	- Idade; - família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar	Apenas setor administrativo do INSS (balcão); O benefício será dado entrada no INSS por meio	O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe

26 de setembro de 2007 Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008 Orientação Interna nº 196 INSS/Dirben, de 3 de setembro de 2008	casamento; III - certificado de reservista; IV - carteira de identidade; ou V - carteira de trabalho e previdência social. Para aqueles que exercem atividade remunerada, o seu rendimento será comprovado por: I - carteira de trabalho e previdência social com as devidas atualizações; II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; III - guia da Previdência Social - GPS, no caso de			menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; OBS.: - O padrasto e a madrasta equiparam-se aos pais, da mesma forma que o enteado equipara-se a filho, até que as condições do arranjo familiar permaneçam;		dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo; - O beneficiário não pode acumular o Benefício de Prestação Continuada com qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o da assistência médica e no caso de recebimento de pensão especial de natureza indenizatória, observado o disposto no inciso VI do art. 4º.	de: - A comprovação da renda familiar mensal per capita será feita mediante Declaração da Composição e Renda Familiar, em formulário instituído para este fim, assinada pelo requerente ou seu representante legal, confrontada com os documentos pertinentes, - O requerimento será feito em formulário próprio, devendo ser assinado pelo requerente ou procurador,	deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; e III - em caso de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em Juízo.
--	---	--	--	--	--	---	---	--

	Contribuinte Individual; ou IV - extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida por outro regime de previdência social público ou previdência social privada.						tutor ou curador, disponível no site do MDS;	
2010 a 2012 Memoran do Circular nº 14 Dirben/C GRDPB de 23 de abril de 2010	OBS.: A partir do Decreto nº 7.617/2011, a comprovação do domicílio e residência no Brasil quando do protocolo do requerimento do Benefício de Prestação Continuada (espécies 87 e 88), passou a ser requisito obrigatório para a concessão do benefício.			- Família para cálculo da renda per capita: conjunto de pessoas composto pelo requerente, o cônjuge, o companheiro, a companheira, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o		OBS.: É permitida a acumulação do benefício de pensão especial hanseníase (espécie 96) com benefício assistencial (espécie 87 e 88).		O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso

Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011 Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 Memorandum Circular Conjunto Nº 21 /Dirben/DI	Não possuindo o requerente do BPC documento comprobatório do domicílio e residência em nome próprio, deverão ser observadas as orientações a seguir: a) se o comprovante de domicílio e residência estiver em nome de um dos membros do grupo familiar declarado pelo requerente, o documento deverá ser aceito; b) se o comprovante de domicílio e residência estiver em nome de pessoa que não seja componente do grupo familiar declarado pelo requerente, poderá			mesmo teto;				de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em juízo; ou IV - em caso de constatação de irregularidade na sua concessão ou manutenção.
--	---	--	--	-------------	--	--	--	---

RSAT/ INSS, de 07 de julho de 2011 Memoran do Circular nº 3/Dirben/I NSS, 26 de janeiro de 2012	ser aceita declaração assinada pelo titular do comprovante, certificando a coabitação com o requerente, de acordo com o modelo constante do Anexo I do Memorando Circular Nº 3/Dirben/INSS.							
2013 e 2014	O requerente deve apresentar um dos seguintes documentos: I - certidão de nascimento; II - certidão de	- Possuir 65 anos ou mais;	- Um salário mínimo;	OBS.: A partir de 1º de maio de 2013, em razão do Acordo Adicional que alterou o Acordo de Seguridade Social		- É assegurado o benefício assistencial mensal de um salário mínimo, aos trabalhadores		O pagamento do benefício cessa: I - no momento em

Portaria Conjunta nº 2, de 19 de setembro de 2014	casamento civil; III - certificado de reservista; IV - carteira de identidade; ou V - carteira de trabalho e previdência social - CTPS.			ou Segurança Social entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa, é devida à concessão do BPC a pessoa com deficiência ou pessoa idosa de nacionalidade portuguesa, que comprovem domicílio e residência no território brasileiro.		portuários avulsos, a partir dos sessenta anos de idade, que não cumprirem os requisitos para a aquisição das modalidades de aposentadorias por invalidez, por idade, por tempo de contribuição e especial,		que forem superadas as condições que deram origem ao benefício, assegurada a defesa do beneficiário;
Portaria Interministerial nº 1, de 1º de agosto de 2014	OBS.: A inscrição no Cadastro de Pessoa Física é condição para a concessão do benefício, mas não para o requerimento e análise do processo administrativo (OBRIGATORIEDADE DO CPF DO REQUERENTE).					previstas nos artigos 42, 48, 52 e 57 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e que não possuam meios para prover a sua subsistência; - Considera-se trabalhador portuário avulso, para fins do caput, aquele que possui domicílio no Brasil e cadastro ativo ou registro ativo junto ao OGMO - Órgão Gestor de		II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em juízo; IV - em caso de constatação de irregularidade na sua concessão ou manutenção, após conclusão do processo de apuração, assegurada defesa do
	Os rendimentos dos componentes da família do requerente deverão ser comprovados mediante a apresentação de um dos seguintes documentos:							

	I - Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, com as devidas atualizações; II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; III - Guia da Previdência Social - GPS, para os contribuintes individuais; ou IV- extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida por outro órgão de previdência social pública ou privada, ou outro documento fornecido pela fonte pagadora.					Mão de Obra do Trabalho Portuário Avulso.		beneficiário; ou V - por renúncia do benefício, pelo titular, para concessão de outro benefício a que fizer jus.
--	--	--	--	--	--	---	--	--

Fonte: Quadro elaborado pela autora de acordo com as legislações especificadas neste

APÊNDICE B

Quadro 10: Mudanças na legislação do BPC Deficiente (B87) desde o seu surgimento até o novo milênio

LEGISLAÇÃO	DOCUMENTOS	IDADE	VALOR DO BENEFÍCIO	CONCEITOS DE FAMÍLIA	DUAS PESSOAS OU MAIS PODEM RECEBER ESTE BENEFÍCIO	REQUISITOS	ETAPAS DE CONCESSÃO	CESSAÇÃO
De 1996 a 1998 Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 Decreto nº 1.744, de 8	A pessoa portadora de deficiência será identificada mediante a apresentação de um dos documentos abaixo: I - certidão de nascimento; II - certidão de casamento; III - certidão de reservista; IV - carteira de identidade; V - carteira de trabalho e previdência social emitida há mais de cinco anos; VI - certidão de	- Independe de idade;	- Um salário mínimo;	- Família: a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes; II - pessoa portadora de deficiência: aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de	- o benefício de prestação continuada será devido a mais de um membro da mesma família, enquanto for atendido o disposto no inciso III do art. 2º deste Regulamento, passando o valor de benefício a compor a renda familiar, para a concessão de um segundo benefício;	Para fazer jus ao salário mínimo mensal, o beneficiário portador de deficiência deverá comprovar que: I - é portador de deficiência que o incapacite para a vida independente e para o trabalho; II - a renda familiar mensal <i>per capita</i> é inferior a prevista no § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993.	Setor administrativo (balcão) + avaliação multiprofissional (Laudo de Avaliação expedido pelo serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou dos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional do INSS, que será apreciado pela Perícia Médica do INSS, para	O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso de morte presumida, declarada

de dezembro de 1995 e Resolução INSS/PR nº 435, de 18 de março de 1997 - DOU de 04/04/97	inscrição eleitoral. A comprovação da renda familiar <i>per capita</i> será feita mediante a apresentação de um dos seguintes documentos por parte de todos os membros da família do requerente que exerçam atividade remunerada: I - Carteira de Trabalho e Previdência Social com anotações atualizadas; II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; III - carnê de contribuição para o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS; IV - extrato de pagamento de benefício ou declaração			natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho; III - família incapacitada de prover a manutenção de pessoa portadora de deficiência ou idosa: aquela cuja renda mensal de seus integrantes, dividida pelo número destes, seja inferior ao valor previsto no § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993.		III – não possuir outro benefício pecuniário no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime previdenciário ou assistência.	enquadramento da deficiência por meio do ACRÓSTICO AVALIEMOS); O benefício será dado entrada no INSS por meio de: - Os formulários de requerimento para a habilitação do beneficiário serão fornecidos pelos Postos de Benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo órgão autorizado ou pela entidade conveniada. - A deficiência será	em juízo; IV - em caso de ausência, declarada em juízo, do beneficiário.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	fornecida pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS ou outro regime de previdência social público ou privado; V - declaração de entidade, autoridade ou profissional a que se refere o art. 12.						comprovada mediante avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. OBS.: Na inexistência de equipe multiprofissional no município o beneficiário poderá apresentar, no mínimo, dois pareceres técnicos, sendo um emitido por profissional da área médica, e outro por profissional das	
--	---	--	--	--	--	--	---	--

							áreas terapêutica ou educacional, ou ainda laudo emitido por uma entidade de reconhecida competência técnica.	
De 1998 a 2003				- 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, a saber: I – O cônjuge, o companheiro, a companheira e o filho, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; II – Os pais; III – O irmão, de qualquer			Setor administrativo (balcão) + perícia médica do INSS (exame médico pericial e laudos realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS) OBS.: São extintas as equipes multidisciplinares na expedição de laudos, sendo aceitos apenas dos peritos do	
Lei nº 9.720, de 20 de novembro de 1998								

Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999				condição, menor de 21 anos ou inválido; IV – A pessoa designada, menor de 21 anos ou maior de 60 anos ou inválida. - Pessoa portadora de deficiência: aquela pessoa que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.			INSS.	
	De 2004 a	Apresentação de	- Sem limite	- Um salário	- Família: o	- O benefício	Para fim de	Setor

2008 Orienta- ção Interna INSS- Dirben nº 81, de 15 de janeiro de 2003 Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008	pelo menos um dos documentos: a) Certidão de Nascimento; b) Certidão de Casamento Civil; c) Certificado de Reservista; d) Carteira de Identidade; e) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS; f) Certidão de Inscrição Eleitoral; e g) Declaração expedida pela Funai (no caso do indígena). Para aqueles que exercem atividade remunerada, o seu rendimento será comprovado por: a) Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS; b) Contracheque de pagamento ou documento	mínimo de idade;	mínimo;	conjunto de pessoas que viva sob o mesmo teto, assim entendido: o cônjuge, o companheiro(a), os pais, os filhos, inclusive o enteado e o menor tutelado, e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos; - Pessoa portadora de deficiência: aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida;	poderá ser concedido a mais de um membro da família, desde que comprovadas todas as condições exigidas;	habilitação ao BPC/Loas, o requerente deverá comprovar: - No caso de pessoa portadora de deficiência: enquadramento no conceito de deficiência que o incapacite para a vida independente e para o trabalho, sem limite mínimo de idade; - não auferir benefício pecuniário no âmbito da Seguridade Social ou de qualquer outro regime previdenciário ou assistencial, exceto a Pensão Especial de vida aos dependentes das vítimas da hemodiálise de Caruaru (PE), prevista na Lei nº	administrativo do INSS (balcão) + perícia médica e avaliação social (optativa), feita por Assistentes Sociais da Prefeitura; O benefício será dado entrada no INSS por meio de: - formulário “Requerimento de Benefício Assistencial”, Anexo II, acompanhado da Declaração Sobre a Composição do Grupo e Renda Familiar do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência, Anexo III, e documentação	pagamento do benefício cessa: a) Superação das condições que lhe deram origem; b) morte comprovada do beneficiário; c) morte presumida do beneficiário, declarada em juízo;
--	---	-------------------------	----------------	--	--	--	---	---

	expedido pelo empregador; c) Guia de Previdência Social – GPS, para os contribuintes individuais, não sendo consideradas as contribuições vertidas pelo segurado facultativo, desde que não esteja exercendo atividade remunerada; d) extrato de pagamento de benefício fornecido pelo INSS ou por outro regime de previdência pública ou privada.					9.422, de 24 de dezembro de 1996; - ter renda familiar mensal, <i>per capita</i>, inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo, considerando na apuração todas as rendas dos membros do grupo familiar;	correspondente. As Secretarias Municipais de Assistência Social – Smas, ou congêneres poderão, mediante solicitação formal do INSS, realizar previamente a Avaliação Social dos interessados ao benefício assistencial para subsidiar a decisão do INSS sobre o benefício, - O requerente do BPC/Loas para comprovar que se enquadra nas condições previstas no § 2º, do art. 20, da Lei nº 8.742/93, ficará sujeito a exame médico-	
--	---	--	--	--	--	---	--	--

							pericial, realizado pela Perícia Médica do INSS, utilizando-se para tanto, o formulário “Conclusão da Perícia Médica – CPM/BCP/Loas”, Anexo V, inclusive na fase recursal. A perícia médica poderá considerar pareceres de profissionais especialistas da área médica, terapêutica e/ou educacional apresentados de órgãos de reconhecida competência técnica;	
De 2008 a junho de 2009				- O padrasto e a madrasta equiparam-se aos pais, da mesma forma que o enteado equipara-		- Não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o de assistência médica e	Setor administrativo (balcão) + perícia médica	

Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Orientação Interna nº 196 INSS/Dirb en, de 3 de setembro de 2008				se a filho, até que as condições do arranjo familiar permaneçam;		no caso de recebimento de pensão especial de natureza indenizatória;	Para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada às crianças e adolescentes menores de dezesseis anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho; A avaliação da deficiência e da incapacidade, até que se	
---	--	--	--	---	--	---	---	--

							cumpra o disposto no § 4º do art. 16 do decreto nº 6.214 de 2007, ficará restrita ao exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do INSS;	
De junho de 2009 (Implementação do Decreto nº 6.214) a julho de 2011 Decreto nº 6.214, de 26 de	Para fins de identificação da pessoa com deficiência deverá o requerente apresentar um dos seguintes documentos: I - certidão de nascimento; II - certidão de casamento; III - certificado de reservista; IV - carteira de identidade; ou	- Independe de idade;	- Um salário mínimo;	Família para cálculo da renda <i>per capita</i> , conforme disposto no § 1º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993: conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de	O Benefício de prestação continuada será devido a mais de um membro da mesma família enquanto atendidos os requisitos exigidos neste Regulamento.	Para fazer jus ao Benefício de Prestação Continuada, a pessoa com deficiência deverá comprovar: I - ser incapaz para a vida independente e para o trabalho, observado o disposto no § 2º do art. 4º; II - renda mensal bruta familiar do requerente, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a um quarto	Setor administrativo do INSS (balcão) + avaliação social + perícia médica Avaliação social e perícia médica realizadas no SIABVPC ; O benefício será dado entrada no INSS por meio de:	O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; e III - em caso de morte

setembro de 2007 Memoran do-Circular Conjunto Dirben/PF EINSS nº 08 , de 10 de julho de 2007 Portaria Conjunta nº 01, de 29 de maio de 2009	V - carteira de trabalho e previdência social. O Cadastro de Pessoa Física deverá ser apresentado no ato do requerimento do benefício; Os rendimentos dos componentes da família do requerente deverão ser comprovados mediante a apresentação de um dos seguintes documentos: I - carteira de trabalho e previdência social com as devidas atualizações; II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo			qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; II - pessoa com deficiência: aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho; II - incapacidade: fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social;		do salário mínimo; III - não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o de assistência médica e no caso de recebimento de pensão especial de natureza indenizatória, OBS.: Acumulação do benefício de pensão especial hanseníase (espécie 96) com benefício assistencial (espécie 87 e 88).	- A comprovação da renda familiar mensal <i>per capita</i> será feita mediante Declaração da Composição e Renda Familiar, em formulário instituído para este fim, assinada pelo requerente ou seu representante legal, confrontada com os documentos pertinentes, ficando o declarante sujeito às penas previstas em lei no caso de omissão de informação ou declaração falsa; - O requerimento será feito em	presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em Juízo.
---	--	--	--	--	--	--	---	--

Memorandum – Circular Conjunto nº 12 Dirben/Dirat/DRH, de 27 de maio de 2009 Memorandum Circular nº 14 Dirben/GRDPB de 23 de abril de	empregador; III - guia da Previdência Social - GPS, no caso de Contribuinte Individual; ou IV - extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida por outro regime de previdência social público ou previdência social privada.						formulário próprio, devendo ser assinado pelo requerente ou procurador, tutor ou curador; Os formulários utilizados para o requerimento do benefício serão disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, INSS, órgãos autorizados ou diretamente em meios eletrônicos oficiais, sempre de forma acessível; - A concessão do benefício à pessoa com deficiência	
---	--	--	--	--	--	--	--	--

2010							ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde – CIF; - A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social; - A presunção de Incapacidade para o trabalho e para os atos da vida independente para menores de 16 (dezesesseis anos) - Memorando-	
------	--	--	--	--	--	--	--	--

							Circular Conjunto Dirben/Pfeinss nº 08;	
De julho de 2011 a 2012 Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011 Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011	OBS.: A partir do Decreto nº 7.617/2011, a comprovação do domicílio e residência no Brasil quando do protocolo do requerimento do Benefício de Prestação Continuada (espécies 87 e 88), passou a ser requisito obrigatório para a concessão do benefício. Não possuindo o requerente do BPC documento comprobatório do domicílio e			- Família para cálculo da renda per capita: conjunto de pessoas composto pelo requerente, o cônjuge, o companheiro, a companheira, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto;		Para efeito de concessão deste benefício, considera-se: I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas; II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2		O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem; II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em juízo; ou IV - em caso de

Lei nº 12.470, de 31/08/2011 Memorandum Circular Conjunto Nº 21 /Dirben/Dirsat/INSS, de 07 de julho de 2011 Memorandum Circular nº 3/Dirben/	residência em nome próprio, deverão ser observadas as orientações a seguir: a) se o comprovante de domicílio e residência estiver em nome de um dos membros do grupo familiar declarado pelo requerente, o documento deverá ser aceito; b) se o comprovante de domicílio e residência estiver em nome de pessoa que não seja componente do grupo familiar declarado pelo requerente, poderá ser aceita declaração					(dois) anos. III - não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, salvo o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, OBS.: Não serão computados como renda mensal bruta familiar; I - benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporária; II - valores oriundos de programas sociais de transferência de renda; III - bolsas de estágio curricular;		constatação de irregularidade e na sua concessão ou manutenção.
--	--	--	--	--	--	--	--	--

INSS, 26 de janeiro de 2012 Memorandum do Circular-Conjunto nº 6/PRES/PFE/Dirsat/Dirat/Dirben/INSS, de 31 de agosto de 2012	assinada pelo titular do comprovante, certificando a coabitação com o requerente, de acordo com o modelo constante do Anexo I do Memorando Circular Nº 3/Dirben/INSS. OBS.: Através do MEMO nº 6, o avaliado pode solicitar a presença de um acompanhante durante a avaliação social da pessoa com deficiência, a qual passará pela análise do assistente social para deferimento ou indeferimento.					IV - pensão especial de natureza indenizatória e benefícios de assistência médica, conforme disposto no art. 5º; V - rendas de natureza eventual ou sazonal, a serem regulamentadas em ato conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do INSS; e VI - remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz. OBS.: as pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, que entram no mercado de trabalho, terão o pagamento do seu benefício suspenso, em caráter especial. Mas, se perderem o emprego, poderão voltar a receber o BPC, sem precisar		
---	--	--	--	--	--	--	--	--

						solicitar novo benefício, nem passar pela perícia médica e pelo serviço social do INSS		
2013 e 2014 Portaria Conjunta nº 2, de 19 de setembro de 2014	O requerente deve apresentar um dos seguintes documentos: I - certidão de nascimento; II - certidão de casamento civil; III - certificado de reservista; IV - carteira de identidade; ou V - carteira de trabalho e previdência social - CTPS. OBS.: A inscrição no Cadastro de Pessoa Física é condição para a concessão do benefício, mas não para o requerimento e análise do processo administrativo	- Independe de idade;	- Um salário mínimo;	I - Família para fins do cálculo da renda mensal familiar per capita: conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto composto pelo requerente, o cônjuge ou companheiro (a), os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados; II - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de	- O benefício é devido a mais de um membro da mesma família, desde que comprovadas todas as condições exigidas nesta Portaria. - O valor do BPC pago à pessoa com deficiência integra a renda mensal bruta familiar para efeito de concessão de novo benefício requerido por outro membro do grupo familiar, seja	Para fins do reconhecimento do direito ao BPC, a pessoa com deficiência deve comprovar: I - a existência de impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruam sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas; II - renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes inferior a ¼ (um quarto) do	Setor administrativo do INSS (balcão) + avaliação social + perícia médica Todas as etapas já realizadas em novo sistema operacional chamada Sibe (Sistema Integrado de Benefícios); - O requerimento do BPC é realizado, preferencialmente, por meio do formulário constante do	O pagamento do benefício cessa: I - no momento em que forem superadas as condições que deram origem ao benefício, assegurada a defesa do beneficiário; II - em caso de morte do beneficiário; III - em caso de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em juízo; IV - em caso de constatação

	(OBRIGATORIEDADE DO CPF DO REQUERENTE). Os rendimentos dos componentes da família do requerente deverão ser comprovados mediante a apresentação de um dos seguintes documentos: I - Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, com as devidas atualizações; II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador; III - Guia da Previdência Social - GPS, para os contribuintes individuais; ou IV- extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida por outro órgão de			longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas; III - impedimentos de longo prazo: aqueles que produzam efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos; IV - família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo	idoso ou pessoa com deficiência, vivendo sob o mesmo teto;	salário mínimo; III - não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, salvo o de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, bem como a remuneração advinda de contrato de aprendizagem, observado o disposto no § 2º do art. 21-A da Lei nº 8.742, de 1993; e IV - domicílio e residência no Brasil.	Anexo IV, o qual deve ser assinado pelo requerente ou por seu representante legal, e acompanhado da Declaração da Composição do Grupo e Renda Familiar Anexo III, devidamente assinada, e da documentação correspondente. - As avaliações sociais e médica pautam-se nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde nº 54.21, de 2001;	de irregularidade na sua concessão ou manutenção, após conclusão do processo de apuração, assegurada defesa do beneficiário; ou V - por renúncia do benefício, pelo titular, para concessão de outro benefício a que fizer jus.
--	---	--	--	--	---	--	--	---

	previdência social pública ou privada, ou outro documento fornecido pela fonte pagadora.			número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo; OBS.: A partir de 1º de maio de 2013, em razão do Acordo Adicional que alterou o Acordo de Seguridade Social ou Segurança Social entre a República Federativa do Brasil e a República Portuguesa, é devida a concessão do BPC a pessoa com deficiência ou pessoa idosa de nacionalidade portuguesa, que comprovem domicílio e residência no território brasileiro.			OBS.: Art. 32. Na hipótese de não existir Serviço Social ou Perícia Médica no município de residência do requerente ou beneficiário, ficam assegurados o seu encaminhamento ao município mais próximo em que haja tais serviços, bem como o pagamento, pelo INSS, se requerido, das despesas de transporte e diárias, com recursos oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social - Fnas.	
--	---	--	--	---	--	--	---	--

Fonte: Quadro elaborado pela autora de acordo com as legislações especificadas neste

OBS.: É importante frisar que os recortes históricos da evolução das mudanças na legislação do idoso não acompanham a do deficiente pelo fato de que alguns dispositivos legais trazem mudanças apenas relativa a um deles, tendo, por exemplo, a legislação da pessoa com deficiência trazido mais mudanças em termos de legislações do que a do idoso, o que permite recortes mais detalhados de datas para especificação dessas mudanças. Valendo ainda ressaltar que os espaços em branco significam que não houve mudanças em relação ao critério em questão e que portanto, a regra segue a do período precedente.

APÊNDICE C

Quadro 12: Mudanças no Bolsa Família desde o seu surgimento até 2014

Legislações	Requisito de acesso (faixa de renda)	Tipos de Benefícios	Número de crianças e/ou adolescentes que podem ser beneficiados	Condicionalidades
2004 Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.	O BF atenderá famílias em situação de pobreza e extrema pobreza caracterizada pela renda <i>per capita</i> familiar de até 100,00 e 50,00 reais respectivamente;	I - Um benefício básico concedido a unidades de famílias extremamente pobres sem se levar em conta sua composição demográfica; II – Benefícios variáveis concedidos a unidades familiares pobres ou extremamente pobres que tenham em sua composição: gestantes, nutrizes, crianças com idade igual ou menor a 12 anos ou adolescentes até 15 anos;	- Até 3 benefícios variáveis, ou seja, até 3 crianças/adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos de idade;	Educação: - Matricular as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos em estabelecimento regular de ensino; - Garantir a frequência escolar de no mínimo 85% da carga horária mensal do ano letivo, informando sempre à escola em casos de impossibilidade do comparecimento do aluno à aula e apresentando a devida justificativa; - Informar de imediato ao setor responsável pelo PBF no município, sempre que ocorrer mudança de escola e de série dos dependentes de 6 a 15 anos, para que seja viabilizado e garantido o efetivo acompanhamento da

				frequência escolar. Saúde: Para gestantes e nutrízes: - Inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima da residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo do Ministério da Saúde; - Participar das atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável. Para os responsáveis pelas crianças menores de 7 anos: - Levar a criança às unidades de saúde ou aos locais de vacinação e manter atualizado o calendário de imunização, conforme diretrizes do Ministério da Saúde; - Levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento
--	--	--	--	--

				e outras ações, conforme calendário mínimo do Ministério da Saúde.
2006 Decreto nº 5.749, de 11 de abril de 2006	O BF atenderá famílias em situação de pobreza e extrema pobreza caracterizada pela renda <i>per capita</i> familiar de até 120,00 e 60,00 reais respectivamente;			
2007 Decreto nº 6.157, de 16 de julho de 2007		I - benefício básico, no valor mensal de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais), destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza; II - benefício variável, no valor mensal de R\$ 18,00 (dezoito reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 54,00 (cinquenta e quatro reais) por família, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza;		

2008 Lei nº 11.692, de 10 de junho de 2008.		I - O valor do benefício básico será de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais) por mês, concedido a famílias com renda familiar mensal per capita de até R\$ 60,00 (sessenta reais). II - o benefício variável de R\$ 18,00 reais, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos, sendo pago até o limite de 3 (três) benefícios por família; III - o benefício variável, vinculado ao adolescente, no valor de R\$ 30,00 reais, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes com idade entre 16 (dezesesseis) e 17 (dezesete) anos, sendo pago até o limite de 2 (dois) benefícios por família.		
2009	O BF atenderá famílias em situação de pobreza e extrema pobreza caracterizada pela	I - benefício básico, no valor mensal de R\$ 68,00 (sessenta e oito reais), destinado a unidades familiares que se encontrem em	- Até 3 benefícios variáveis, ou seja, até 3 crianças com idade igual	A partir deste ano acrescenta-se às outras, a condicionalidade ao benefício variável jovem (BVJ): o

2011 Decreto nº 7.494, de 2 de junho de 2011 Decreto nº 7.492, de 2 de junho de 2011.	O BF atenderá famílias em situação de pobreza e extrema pobreza caracterizada pela renda per capita familiar de até 140,00 e 70,00 reais respectivamente;	I - benefício básico, no valor mensal de R\$ 70,00 (sessenta e oito reais), destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza; II - benefício variável, no valor mensal de R\$ 32,00 (vinte e dois reais) por beneficiário, permitindo no máximo 5 benefícios variáveis, desde que as famílias tivessem em sua composição gestantes, nutrízes, crianças de zero a 12 anos e adolescentes de 13 a 15 anos; III - benefício variável vinculado ao adolescente, no valor mensal de R\$ 38,00 (trinta e oito reais) por beneficiário, até o limite de dois jovens de 16 a 18 anos por família; IV - benefício variável de caráter extraordinário: constitui-se de parcela do valor dos benefícios das famílias remanescentes dos Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás que, na data da sua incorporação ao Programa Bolsa Família, exceda o limite máximo fixado para o Programa Bolsa Família.	- Até 5 benefícios variáveis (com até 5 crianças de 0 a 12 anos ou adolescentes de 13 a 15 anos, grávidas ou nutrízes); - Até 2 benefícios variáveis ao adolescente (até dois jovens entre 16 e 18 anos);	
---	--	---	--	--

2012 Decreto nº 7758, de 15 de junho de 2012 Decreto nº 7.852, de 30 de novembro de 2012	O benefício para superação da extrema pobreza na primeira infância, cujo valor será calculado na forma do § 3º, no limite de um por família, destinado às unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família que, cumulativamente: a) tenham em sua composição crianças de zero a seis anos de idade; e b) apresentem soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros previstos nos incisos I a III do caput igual ou inferior a R\$ 70,00 (setenta reais) per capita.			
2014 Decreto nº 8.232, de 30 de abril de 2014	O BF atenderá famílias em situação de pobreza e extrema pobreza caracterizada pela renda per capita familiar de até 154,00 e 77,00 reais respectivamente;	I - benefício básico, no valor mensal de R\$ 77,00 (setenta e sete reais), destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de extrema pobreza; II - benefício variável, no valor mensal de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 175,00 (cento e setenta e cinco reais) por família, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza;	- Até 5 benefícios variáveis (com até 5 crianças/adolescentes, grávidas ou nutrízes); - Até 2 benefícios variáveis ao adolescente (até dois jovens de 16 a 17 anos);	

		III - benefício variável vinculado ao adolescente, no valor mensal de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais) por beneficiário, até o limite de R\$ 84,00 (oitenta e quatro reais) por família, destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes com idade de dezesseis a dezessete anos matriculados em estabelecimentos de ensino; IV - benefício para superação da extrema pobreza, cujo valor será calculado na forma do § 3º, no limite de um por família, destinado às unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família que apresentem soma da renda familiar mensal e dos benefícios financeiros previstos nos incisos I a III do caput igual ou inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete reais) per capita.		
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora com base nas legislações citadas e também no questionário de condicionalidades do MDS (BRASIL, 2014c).