

Avaliação de Políticas e Programas do MDS – Resultados

Volume 2 – Bolsa Família e Assistência Social

Jeni Vaitsman e Rômulo Paes-Sousa
Organizadores

Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Brasília/DF | 2007

Presidente da República Federativa do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Patrus Ananias de Sousa

Secretária Executiva

Márcia Helena Carvalho Lopes

Secretária Executiva Adjunta

Arlete Sampaio

Secretário de Avaliação e Gestão da Informação

Rômulo Paes de Sousa

Secretária de Articulação Institucional e Parcerias

Heliana Kátia Tavares Campos

Secretária Nacional de Renda de Cidadania

Rosani Evangelista da Cunha

Secretária Nacional de Assistência Social

Ana Lígia Gomes

Secretário Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

Onaur Ruano

EXPEDIENTE:

Organizadores: Jeni Vaitsman e Rômulo Paes-Sousa

Coordenação Editorial: Monica Rodrigues

Equipe: Carmela Zigoni, Ludmila Schmaltz, Marcelo Rocha e Renata Bressanelli

Revisão: Roberta Salgueiro

Projeto Gráfico e Editoração: Virtual Publicidade

Impressão: Cromos Editora e Indústria Gráfica Ltda.

Fotos: Bruno Spada/MDS; Acervo MDS; Ubirajara Machado/NEAD/MDA; Assessoria de Comunicação do INSS/MPS

Integrantes da equipe da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação e consultores que participaram da elaboração das pesquisas em diferentes etapas de seu processo.

Coordenador Geral de Avaliação e Monitoramento de Execução e Impacto: Luis Otávio Pires Farias

Cláudia Baddini Curralero

Daniela Peixoto Ramos

Gláucia Alves de Macedo

Jomar Álace Santana

Juliana Carvalho Guimarães

Júnia Valéria Quiroga

Marcy Regina Martins Soares

Maria Cristina Abreu Lima

Oscar Arruda d'Alva

Danielle Oliveira Valverde

Juan Ernesto Sepúlveda

Juana Lucini

Tatiana Brito

Coordenadora Geral de Avaliação e Monitoramento de Demanda: Leonor Maria Pacheco Santos

Bianca Martim Bastos

Dionara Borges Andreani Barbosa

Flávia Conceição dos Santos Henrique

Gilmar Trindade dos Santos

José Antonio Iturri de La Mata

Karen Santana de Almeida

Lucélia Luiz Pereira

Michele Dantas Soares

Avaliação de Políticas e Programas do MDS – Resultados

Volume 2 – Bolsa Família e Assistência Social

Jeni Vaitsman e Rômulo Paes-Sousa
Organizadores

Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Brasília/DF | 2007

© 2007 **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida desde que citada a fonte.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados: Bolsa Família e Assistência Social. / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – Brasília, DF: MDS; SAGI, 2007.

412 p. ; (Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados; v. 2)

ISBN: 978-85-60700-03-5

1. Política social, avaliação, Brasil. 2. Assistência social. Brasil. 3. Programa Bolsa Família. Brasil. I. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

CDU 304(81)

Tiragem: 3.000 exemplares

Maio de 2007

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Esplanada dos Ministérios Bloco A 4º andar Sala 409

CEP: 70.054-900 Brasília DF – Telefone (61) 3433-1501

www.mds.gov.br

Fome Zero: 0800-707-2003

*Este livro é dedicado à memória
de João Domingos Fassarella.*

1943-2006

A partir de sua constituição em 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) vem desenvolvendo políticas e programas visando a redução da fome e da pobreza e a promoção dos direitos sociais de cidadãos sistematicamente esquecidos na história do Brasil.

Como orientações fundamentais, o MDS efetivou a pactuação com os entes federados, a exemplo dos processos de operacionalização do Programa Bolsa Família – definição de condicionalidades, constituição do Cadastro Único etc – e estabeleceu um diálogo sistemático com a sociedade por meio de incentivo ao fortalecimento institucional de conselhos, como os conselhos nacionais de Assistência Social e de Segurança Alimentar e Nutricional; apoio e contribuição em instâncias de deliberação como as conferências nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional, Assistência Social, dos Direitos da Pessoa Idosa e dos Direitos da Pessoa com Deficiência; além disso, o Ministério vem conduzindo ativamente o processo de implantação de uma grande conquista da sociedade brasileira: a consolidação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Por outro lado, mais do que programas inovadores e interlocução com diversos atores sociais, sempre buscou investir em uma gestão responsável, transparente e eficaz, como forma de garantir que os objetivos primordiais da política pública fossem alcançados; ou seja, fazer com que seus beneficiários tivessem efetivo acesso aos programas sociais e que as situações que geraram estas necessidades fossem revertidas.

Assim, adotou-se um modelo de gestão que estruturou a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), responsável por implementar o sistema de avaliação e monitoramento dos programas sociais. No âmbito desse sistema, foram produzidos estudos sobre políticas e programas das três áreas do MDS: Segurança Alimentar e Nutricional, Renda de Cidadania e Assistência Social gerando informações a serem utilizadas no aperfeiçoamento das ações e para estimular o controle social.

Como uma das etapas finais do ciclo de avaliação, é com satisfação que o MDS traz a público o livro *Avaliação de Políticas e Programas do MDS – Resultados*, uma publicação em dois volumes intitulados: *Volume 1 – Segurança Alimentar e Nutricional* e *Volume 2 – Bolsa Família e Assistência Social*.

O *Volume 2 – Bolsa Família e Assistência Social*, que aqui se apresenta, traz artigos sobre as pesquisas de avaliação desenvolvidas sobre o Programa Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Sentinela).

Esperamos que este livro seja mais uma contribuição para a consolidação de uma cultura de avaliação no MDS: os artigos aqui disponibilizados certamente serão utilizados como ferramentas para os gestores públicos, no sentido de aperfeiçoar os programas pelos quais são responsáveis. Por outro lado, esperamos que passem a constituir material de referência para estudantes, pesquisadores, conselheiros e demais interessados no tema do desenvolvimento social.

Finalmente, eu gostaria de agradecer a todos as pessoas e organizações parceiras, bem como aos gestores dos programas do MDS e à equipe da SAGI seu empenho e cooperação sem os quais esta publicação não teria sido possível.

Patrus Ananias de Sousa

Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Introdução _____	13
-------------------------	----

Capítulo 1

Primeiros Resultados da Análise da Linha de Base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família _____	19
--	----

Ana Maria Hermeto Camilo de Oliveira

Mônica Viegas Andrade

Anne Caroline Costa Resende

Clarissa Guimarães Rodrigues

Laeticia Rodrigues de Souza

Rafael Perez Ribas

Capítulo 2

Programa Bolsa Família e Segurança Alimentar das Famílias Beneficiárias: Resultados para o Brasil e Regiões _____	69
---	----

Maria da Conceição Monteiro da Silva

Ana Marlúcia de Oliveira Assis

Mônica Leila Portela de Santana

Sandra Maria Conceição Pinheiro

Nedja Silva dos Santos

Edleide Brito

Capítulo 3

Segurança Alimentar e Nutricional entre os Beneficiários do Programa Bolsa Família _____	99
---	----

André Brandão

Salette Da Dalt

Victor Hugo Gouvêa

Capítulo 4

O Impacto do Programa Bolsa Família:
Mudanças e Continuidades
na Condição Social das Mulheres _____ 119

Mireya Suárez

Marlene Libardoni

Capítulo 5

A Importância do Bolsa Família
nos Municípios Brasileiros _____ 163

Rosa Maria Marques

Áquilas Mendes

Marcel Guedes Leite

Ana Hutz

Capítulo 6

Pesquisa de Opinião
com Beneficiários do Programa Bolsa Família _____ 207

Instituto Pólis

Capítulo 7

Considerações Gerais
sobre o Benefício de Prestação Continuada _____ 231

Capítulo 8

Avaliação do Efeito da Mudança
do Conceito de Família BPC _____ 237

Aloísio Joaquim de Freitas

Diana Oya Sawyer

José Alberto Magno de Carvalho

Cíntia Simões Agostinho

Geovane da Conceição Máximo

Capítulo 9

Estimativa do Público-alvo
do Programa BPC e sua Cobertura _____ 257

Cíntia Simões Agostinho

Diana Oya Sawyer

José Alberto Magno de Carvalho

Aloísio Joaquim de Freitas

Bernardo Lanza Queiroz

Geovane da Conceição Máximo

Capítulo 10

Avaliação do Benefício
de Prestação Continuada _____ 285

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

João Bosco Hora Góis

Mônica de Castro Maia Senna

Míriam Fátima Reis

Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos

Capítulo 11

Envelhecimento Populacional
e os Sistemas Públicos de Suporte
aos Idosos: o Caso Brasileiro _____ 343

Bernardo Lanza Queiroz

Diana Oya Sawyer

José Alberto Magno de Carvalho

Aloísio Joaquim de Freitas

Cíntia Simões Agostinho

Geovane da Conceição Máximo

Capítulo 12

Avaliação do Programa
de Combate ao Abuso e à Exploração
Sexual de Crianças e Adolescentes – Sentinela _____ 369

Marlise Matos

Fátima Anastasia

Magna Inácio

Daniela Leandro Rezende

Mauro Lúcio Jerônimo

Esta publicação apresenta os primeiros produtos de um conjunto de estudos de avaliação dos programas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) ou sobre temas relacionados às suas políticas de combate à fome e à pobreza.

Os estudos, contratados ou executados pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), constituem um dos componentes do sistema de avaliação e monitoramento dos programas e políticas do MDS¹. No início de 2007, contava-se com 62 estudos finalizados, em andamento ou em fase de contratação. A divulgação de resultados é uma das etapas finais do ciclo de avaliação e visa, além de subsidiar o debate técnico e político na área social, promover a transparência sobre processos, resultados e impactos das ações do MDS.

No modelo de avaliação desenvolvido pela SAGI, tanto as decisões sobre questões ou dimensões de um programa a serem pesquisadas, quanto a definição de desenhos e métodos dependeram de um conjunto de elementos, entre os quais: o que se queria ou o que se precisava saber sobre determinado programa ou política; o prazo desejado e possível para se obter resultados; os recursos disponíveis; a existência e acesso a bases de dados confiáveis.

As escolhas, portanto, não foram apenas teóricas ou metodológicas, mas pragmáticas. Ainda que os manuais da área recomendem

¹ Para uma descrição detalhada da construção desse sistema de avaliação e monitoramento, ver Vaitsman, J., Rodrigues, R.W. e Paes-Sousa, R., *O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social do Brasil*, Brasília. Unesco 2006. Para uma descrição resumida das pesquisas, ver Paes-Sousa, R. e Vaitsman, J. (orgs) *Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do MDS*. In: *Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate*, 2007.

que estudos de avaliação estejam previstos desde o início de um programa, configurando uma linha de base integrada a seu próprio desenho, no mundo real das políticas e programas públicos raramente seguem estas regras. Ao ser constituído, em janeiro de 2004, reunindo o Ministério da Assistência Social, a Secretaria Executiva do Bolsa Família e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, o MDS tornou-se responsável por um conjunto de 21 programas em andamento, até então sob responsabilidade daqueles órgãos. Nenhum desses programas apresentava qualquer linha de base, a partir da qual seus processos, resultados e impactos poderiam estar sendo monitorados e/ou avaliados.

Uma vez que tampouco existiam informações sistematizadas a respeito da grande maioria dos programas, as decisões sobre os estudos a serem feitos foram tomadas com base nos elementos encontrados no contexto organizacional. A existência, localização e acesso a bancos de dados e sistemas de informação mostraram-se dependentes não só das trajetórias organizacionais das políticas, programas e ações, mas de seus desenhos, formas de repasses de recursos e tipos de atores envolvidos nos processos de gestão. A descentralização implica em grande diversidade operacional e técnica. As várias configurações quanto a formas e mecanismos de implementação e o amplo leque de situações locais delimitam não apenas a própria avaliabilidade de um programa, mas também a viabilidade de determinados desenhos.

A escassa existência de informação sistematizada sobre os programas que passaram à responsabilidade do MDS à época de sua constituição implicou grande demanda por informação por parte dos gestores. O atendimento a essas demandas, como um dos principais elementos guiando a definição de questões a serem respondidas acabou gerando grande variedade de desenhos e metodologias de pesquisa, algumas combinando diferentes métodos e objetivos. Se, por um lado, isso significou ganhos horizontais, que se expressaram em diversidade, abrangência e pluralidade, por outro também significou algumas perdas verticais, no que refere à especificidade e robustez de alguns estudos.

Hoje, passados cerca de três anos do momento de implantação dessa experiência, e sistematizados os primeiros resultados dos estudos de avaliação, essa fase, além de pioneira, talvez possa ser chamada de exploratória, uma vez a equipe

da SAGI tendo buscado responder às principais questões que então se colocavam a respeito dos programas e políticas do MDS.

Ainda que as avaliações de impacto com desenhos *quasi-experimentais* e longitudinais sejam os tipos de estudos mais legitimados pela comunidade internacional de avaliação, do ponto de vista de quem implementa a política ou o programa, há algumas restrições para sua execução. Consistem em estudos mais caros e demorados, cujos resultados só podem ser conhecidos e, possivelmente, incorporados à reformulação da concepção ou do desenho do programa em um prazo mais longo. Por outro lado, avaliações de resultados e de processos são mais rápidas, podendo ser mais imediatamente apropriadas por gestores e gerentes de programas.

Além de estudos de avaliação, o leitor também encontrará aqui levantamentos e diagnósticos elaborados no intuito de subsidiar a própria implementação e formulação da política: pesquisas transversais funcionando como linhas de base; estimativas populacionais; pesquisas de processos de implementação; estudos com dados secundários; pesquisas de opinião; diferentes tipos de *surveys*, inclusive pesquisas nacionais domiciliares, com beneficiários e não-beneficiários dos programas e sobre suas diferentes dimensões, tais como acesso, serviços prestados e resultados; e, ainda, um estudo de avaliação de impacto *quasi-experimental* e longitudinal sobre o Programa Bolsa Família.


A publicação está dividida em dois volumes e abrange políticas, programas e ações das seguintes secretarias do MDS: Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, Secretaria Nacional de Assistência Social e Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Neste segundo volume, apresentam-se resultados de avaliações do Programa Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada e do Programa de Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Sentinela).

Jeni Vaitsman

Diretora de Avaliação e Monitoramento/SAGI

Rômulo Paes de Sousa

Secretário de Avaliação e Gestão da Informação/MDS



**Primeiros Resultados da Análise
da Linha de Base da Pesquisa de Avaliação
de Impacto do Programa Bolsa Família**

Capítulo I
Capítulo I

Primeiros Resultados da Análise da Linha de Base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família¹

Ana Maria Hermeto Camilo de Oliveira ²

Mônica Viegas Andrade ²

Anne Caroline Costa Resende ³

Clarissa Guimarães Rodrigues ³

Laeticia Rodrigues de Souza ³

Rafael Perez Ribas ³

1 Introdução

O Bolsa Família, criado em 2003, é um programa de transferência condicionada de renda para famílias em situação de pobreza que visa promover o alívio imediato da pobreza através da transferência direta de renda. A ruptura do ciclo intergeracional da pobreza é esperada por meio das condicionalidades, que reforçam o exercício de direitos sociais nas áreas de saúde e educação, e que potencialmente propiciam o combate à pobreza futura por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano. Estudos recentes (ROCHA, 2004; SOARES, 2006; FERREIRA, LEITE & LITCHFIELD, 2006) evidenciam os potenciais efeitos dos programas de transferência sobre a redução das desigualdades e pobreza no país, destacando a importância deste tipo de política.

Os critérios de elegibilidade do Bolsa Família partem da definição de situação das famílias na pobreza, com ocorrência de crianças até 15 anos de idade,

1 Pesquisa realizada pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar/ UFGM no período de dezembro de 2004 a novembro de 2006, sob a coordenação de Diana Oya Sawyer e Eduardo Rios Neto.

2 Professoras Adjuntas do Departamento de Ciências Econômicas e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar/UFGM.

3 Pesquisadores do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar/UFGM.

gestantes e nutrizes, e famílias em extrema pobreza⁴, com ou sem ocorrência de crianças, gestantes e nutrizes. Para as famílias em situação de extrema pobreza, o benefício parte de um valor básico de R\$50,00 para aquelas sem ocorrência de crianças, gestantes e nutrizes, e adiciona um valor variável de R\$15,00 para cada ocorrência, até o teto de três. Para as famílias em situação de pobreza, os valores dos benefícios são somente os variáveis.

Este trabalho tem o objetivo de apresentar os primeiros resultados de uma avaliação preliminar de impacto do Programa Bolsa Família em várias dimensões, decorrentes do relaxamento das restrições orçamentárias e da operação de aspectos comportamentais ligados às condicionalidades do Programa. São apresentados resultados para indicadores domiciliares de saúde, educação, trabalho e gastos. Todos os resultados baseiam-se nos dados da primeira rodada da pesquisa de campo da Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família (AIBF), realizada em novembro de 2005. Embora, por definição, a primeira rodada de uma pesquisa não possa ser usada para realizar uma avaliação definitiva de impacto, é feita uma exploração básica dos diferenciais estimados entre os grupos de tratamento e comparação definidos, o que permite uma perspectiva bastante preliminar dos potenciais impactos do Programa. Esta limitação metodológica deve ser levada em conta na interpretação dos resultados⁵.

2 A Pesquisa AIBF

2.1 Desenho Amostral

A coleta de dados para a avaliação do Programa Bolsa Família seguiu o procedimento no qual a amostra de domicílios foi distribuída em proporções desiguais, segundo três estratos. O primeiro estrato é formado pelos domicílios

4 Em outubro de 2005, foram definidas como famílias em situação de pobreza aquelas com renda mensal *per capita* de R\$50,01 a R\$100,00, e famílias em situação de extrema pobreza aquelas com renda *per capita* mensal de até R\$50,00.

5 É importante ainda ressaltar que este é um sumário dos principais resultados obtidos nessa primeira etapa da pesquisa, tendo sido suprimida do texto a análise descritiva dos dados.

com famílias beneficiárias do Programa, denominado “casos”. O segundo estrato é constituído pelos domicílios com famílias cadastradas no Cadastro Único, mas ainda não beneficiárias do Programa, denominado “controle tipo 1”. Por fim, o terceiro estrato congrega os domicílios sem famílias beneficiárias ou cadastradas, denominado “controle tipo 2”⁶.

O tamanho da amostra foi definido de forma a se obter representatividade para três grandes áreas do país, a Região Nordeste (NE), as Regiões Sudeste e Sul (SE-SUL) e as Regiões Norte e Centro-Oeste (NO-CO). Seguindo esta estratificação, foi estabelecida a meta de obtenção de 15.000 entrevistas no total do país. Com este total, a amostra foi distribuída em 30% de casos, 60% de controles do tipo 1 e 10% de controles do tipo 2. Uma vez definidos os estratos regionais, definiram-se dentro de cada Grande Região as Unidades Primárias de Amostragem (UPAs)⁷.

A operação de coleta de dados ocorreu no mês de novembro de 2005. Como resultado, o total de questionários coletados durante a operação de campo foi de 14.022.

2.2 Coleta e Tratamento das Informações

Os grupos de domicílios foram reclassificados em termos de elegibilidade, tratamento e comparação, de acordo com as informações coletadas nos questionários. Cabe salientar que essa reclassificação, no entanto, não interfere no peso amostral e na probabilidade de seleção do domicílio definidos no plano amostral. A classificação dos domicílios segundo o critério de elegibilidade considerou dois cortes da renda domiciliar *per capita*. O primeiro corte incluiu os domicílios que auferiam, na data da pesquisa, renda domiciliar *per capita* mensal até R\$100,00. Este valor coincide com o limite de renda oficial definido para elegibilidade ao Programa. O segundo corte de renda considerou os domicílios que auferiam renda

6 Para produzir as informações necessárias para se obter esta tripla partição, foi realizada uma etapa prévia de *screening*. Desta forma, todos os setores censitários amostrados foram “recenseados”, utilizando tal informação para se obter as proporções pré-definidas de casos, controles tipo 1 e controles tipo 2.

7 Ver relatório para detalhamento sobre a definição das UPAs em Cedeplar & Science, 2005.

domiciliar *per capita* até R\$200,00. Este corte de renda, acima do limite máximo de elegibilidade oficial, foi utilizado para garantir a representatividade amostral em todos os grupos, inclusive o de tratamento⁸. É importante mencionar que a operacionalização da definição da renda domiciliar permanente mais próxima possível da utilizada no Cadastro inclui os rendimentos advindos do trabalho, de aposentadoria e pensão e de pensão alimentícia. Dentro de cada sub-amostra de elegíveis, o primeiro grupo definido, chamado de “Tratamento”, é constituído pelos domicílios que declaram receber atualmente o benefício do Bolsa Família. O primeiro grupo de comparação, chamado de “Comparação 1” (C1), é composto pelos domicílios que recebem atualmente outros benefícios⁹. O segundo grupo de comparação, denominado “Comparação 2” (C2), é composto pelos domicílios que declaram nunca ter recebido nenhum tipo de benefício, independentemente de serem cadastrados em algum programa público. O restante da amostra pesquisada é constituído de domicílios que já receberam algum tipo de benefício, mas que não o recebem mais, e de domicílios cuja renda domiciliar *per capita* é maior que R\$200,00. A amostra total contém 15.426 domicílios, incluindo 4.095 no grupo de Tratamento, 3.210 no grupo de C1 e 4.576 no grupo de C2, além de 3.545 domicílios não classificados em nenhum dos grupos. A justificativa para a formação de dois grupos de comparação decorre da possibilidade de se investigar dois tipos distintos de resultados do Programa. O primeiro tipo, envolvendo a comparação do grupo de Tratamento com o grupo C2, se caracteriza como um resultado preliminar “puro” do Programa na medida em que compara os domicílios beneficiários do Bolsa Família com domicílios semelhantes em termos de probabilidade de participação do Programa, mas que não recebem nenhum tipo de transferência de renda. Na segunda comparação, analisamos os resultados obtidos na amostra de beneficiários do Bolsa Família em relação aos beneficiários de outros programas. Essa análise merece muita cautela, uma vez que esse segundo grupo é bastante heterogêneo em termos de transferência de renda e presença de condicionalidades. Neste primeiro trabalho não analisamos os resultados considerando as diferentes

8 O corte de R\$100,00 garantiria a presença de somente 55% da amostra, enquanto o corte de R\$200,00 garante 83%. Especificamente para o grupo de tratamento, cerca 70% dos domicílios da amostra têm um rendimento *per capita* de até R\$100,00 e 95% até R\$200,00.

9 Com o corte de R\$200,00 na elegibilidade, os beneficiários do programa Bolsa Escola constituem 50% deste grupo, os que recebem Vale Gás representam outros 35%; 5% recebem pelo BPC, 3% recebem pelo PETI, 3% recebem pelo Bolsa Alimentação e o restante recebe outros tipos de benefícios.

partições desse grupo C1 segundo os diferentes programas sociais. Por último, vale enfatizar que a análise é baseada na autodeclaração dos domicílios acerca do recebimento dos benefícios de programas sociais. No grupo C1, constituído dos beneficiários de outros programas, por exemplo, podem ocorrer problemas de informação que alteram os diferenciais entre os grupos.

2.3 Metodologia de Avaliação

O termo avaliação refere-se à mensuração do impacto de intervenções, tais como a participação em um programa de treinamento ou o recebimento de uma transferência de renda de um programa social, sobre os efeitos de interesse. O termo efeito refere-se a mudanças no *status* das variáveis relevantes. O problema central na avaliação de impacto é a inferência de uma conexão causal entre o tratamento (a participação em um determinado programa) e o efeito (CAMERON & TRIVEDI, 2005). A relevância das avaliações de impacto é direta, pois seus efeitos podem ser associados a programas sociais ou melhorias em programas existentes para atingir os objetivos da política social.

Como a implementação do Programa Bolsa Família não foi realizada aleatoriamente entre as famílias elegíveis, de modo que o desenho do Programa não é experimental, a opção para realizar esta análise preliminar de impacto foi pelo uso de um método *quasi-experimental*¹⁰. A técnica escolhida foi de *Propensity Score Matching* (PSM), ou Pareamento com Escore de Propensão, que compara resultados de famílias similares do grupo de tratamento com as do grupo de comparação, ou controle¹¹. Para encontrar famílias similares entre tratados e não-tratados, supõe-se que a participação no Programa é determinada por características

10 O método de avaliação é baseado na comparação entre os participantes e os não participantes do Programa. Pelo fato da participação não ter sido desenhada de forma aleatória, segundo Attanasio *et al.* (2004), uma simples comparação entre esses dois grupos poderia ser bastante equivocada por duas razões. Primeiro, diferenças *ex-post* nos resultados poderiam refletir simplesmente diferenças pré-programa. Segundo, o efeito do Programa pode ser uma função de variáveis de *background* (escolaridade do chefe, número de crianças etc), que podem ser diferentes entre os grupos de tratamento e controle. Estes problemas podem ser solucionados utilizando o método do escore de propensão que busca comparar famílias participantes e não participantes que sejam similares em termos das características observáveis.

11 O problema essencial da avaliação de impacto é que não observamos os resultados dos participantes se eles não tivessem participado. Dessa forma um grupo de comparação é usado para identificar o contrafactual do que teria ocorrido sem o Programa. O grupo de comparação deve ser representativo do grupo de tratamento, com a diferença de que o primeiro não participa do Programa.

observadas. Dessa forma, calcula-se a probabilidade de participação no Programa condicionada a essas características e trabalha-se com aquelas famílias com probabilidades estimadas semelhantes.

Utilizando a terminologia de Heckman, Ichimura e Todd (1997), representamos o *status* de tratamento de um indivíduo através de uma variável *dummy* D que possui valor igual a 1 se o indivíduo é beneficiário do Programa e valor 0 caso ele não participe. Representemos ainda por Y_{1i} o valor da variável de interesse (resultado esperado) para o indivíduo i , caso ele esteja sujeito ao tratamento (1), e Y_{0i} o valor da mesma variável, caso este indivíduo esteja exposto ao controle (0). Podemos então computar o efeito do tratamento sobre o indivíduo i da seguinte forma:

$$\Pi_i = Y_{1i} - Y_{0i}$$

E o impacto médio do treinamento sobre os participantes seria:

$$\Pi_i = E [Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1]$$

Na literatura de avaliação, $E [Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1]$ é chamado de efeito do tratamento ou efeito médio do tratamento sobre o tratado (*average treatment effect on treated* (ATT)). Tem-se que:

$$E (Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1) = E (Y_{1i} | D_i = 1) - E (Y_{0i} | D_i = 1)$$

O problema é que o resultado contrafactual de um indivíduo sob tratamento $E (Y_{0i} | D_i = 1)$ não pode ser observado, uma vez que um indivíduo só pode ser tratamento ou controle em um ponto específico do tempo. Ou seja, não podemos observar os mesmos indivíduos nas duas situações, já que não observamos a situação dos sujeitos da pesquisa caso não tivessem participado do Programa. Conseqüentemente devemos impor certas hipóteses, afim de que o ATT possa ser estimado. Uma forma é substituir o resultado esperado do indivíduo que participou se ele não tivesse participado $E (Y_{0i} | D_i = 1)$, com o resultado esperado dos indivíduos que de fato não participaram $E (Y_{0i} | D_i = 0)$. Entretanto, como a escolha dos participantes no Programa não foi conduzida aleatoriamente, não podemos supor que substituindo $E (Y_{0i} | D_i = 1)$ por $E (Y_{0i} | D_i = 0)$ nos dará uma estimativa não enviesada, porque é improvável que $E (Y_{0i} | D_i = 1) = E (Y_{0i} | D_i = 0)$.

Tal improbabilidade deve-se à existência de viés, que surge devido a diferenças nas características observáveis e a diferenças nos atributos não observáveis entre os grupos de tratamento e controle.

Ao levarmos em consideração as características observáveis do processo de seleção bem como as características que potencialmente influenciam o resultado de interesse nos indivíduos tratados, então podemos reescrever a última equação como:

$$E(Y_{1i} - Y_{0i} | D_i = 1, X) = E(Y_{1i} | D_i = 1, X) - E(Y_{0i} | D_i = 0, X)$$

Nessa equação, X representa um vetor das características observáveis. De acordo com a hipótese de identificação geralmente adotada, o processo de seleção ocorre segundo características observáveis, tal que as pessoas com tais características idênticas possuem a mesma probabilidade de serem alocadas como tratamento ou controle. Isto significa que:

$$(Y_{0i}, Y_{1i} \perp D_i | X) \text{ e } E(Y_{0i} | X_i, D_i = 1) = E(Y_{0i} | X_i, D_i = 0) \text{ }^{12}$$

Em que \perp denota independência, significando que os resultados potenciais independem da participação do Programa dadas as características observáveis X – esta hipótese é conhecida como Hipótese da Independência Condicional.

O objetivo do pareamento é encontrar um grupo de comparação ideal em relação ao grupo de tratamento a partir de uma amostra de não participantes. A relação de proximidade entre os grupos é medida em termos das características observáveis. O método consiste basicamente em tomar como base as características das unidades tratadas e tentar encontrar unidades em um grupo de controle não experimental que possuam as mesmas características, previamente definidas no grupo de tratamento. Em seguida, estimam-se os efeitos do tratamento (efeito do Programa) por meio da diferença entre os resultados médios dos grupos de tratamento e controle. O grupo de comparação é emparelhado ao grupo de tratamento através de uma série de características observáveis ou usando o *propensity score* (escore de propensão ou probabilidade predita de participação).

12 Para mais detalhes, ver Hirano, Imbens e Ridder (2000).

O escore de propensão é a probabilidade de uma família, ou domicílio, receber a transferência do Programa Bolsa Família. A utilização do escore de propensão não faz sentido quando a participação no Programa ocorre de forma aleatória, mas quando depende estocasticamente de um vetor de características observadas X . Esse vetor X corresponde aos critérios de focalização do Programa, tal que o escore de propensão, $p(X)$, é definido pela medida de probabilidade condicional de tratamento, $D = 1$ ¹³:

$$p(X) = \Pr [D = 1 | X]$$

Desta forma, o uso do escore de propensão apresenta-se como uma solução prática para o problema da multidimensionalidade do pareamento, uma vez que este passa a se basear em um escalar. Rosenbaum e Rubin (1983) mostraram que

$$E(Y_1 - Y_0 | D = 1, P(X)) = E(Y_1 | D = 1, P(X)) - E(Y_0 | D = 0, P(X))$$

Se o tratamento e os resultados esperados são independentes condicionais às variáveis de pré-tratamento, estes também serão independentes condicionais à probabilidade de receber o tratamento dadas as características observáveis, isto é, condicional ao escore de propensão¹⁴. Rosenbaum e Rubin (id.) mostraram ainda que ajustando as diferenças entre as unidades de tratamento e controle apenas através do escore de propensão todo o viés associado às diferenças nas variáveis prévias observáveis é removido. Uma suposição que deve ser assumida é a chamada “condição de equilíbrio”, representada como

$$D \perp X | p(X)$$

Essa condição implica que se a distribuição do escore de propensão é a mesma entre as amostras de tratamento e controle, a distribuição de características que determinam esse escore também é a mesma nas duas amostras. Dessa forma, as amostras de tratados e controle estão equilibradas, ou balanceadas.

13 Para lidar com o problema da dimensionalidade do pareamento, Rosenbaum e Rubin (1983) desenvolveram o método conhecido como *Propensity Score Matching*. Estes autores mostraram que tal método pode ser implementado através de uma única variável de controle, o escore de propensão. O escore de propensão $P(x)$ é definido como a probabilidade condicional de um indivíduo receber o tratamento dado suas características observáveis X .

14 Ver Rosenbaum e Rubin (1983) ou Imbens (2000) para a prova.

Outro pressuposto refere-se à existência de um suporte comum. Esta condição requer que existam unidades de ambos os grupos, tratamento e controle, para cada característica X para o qual se deseja comparar. Isto assegura que para cada indivíduo tratado exista outro indivíduo não tratado pareado, com valores similares de X (HECKMAN, LALONDE & SMITH, 1999). Dessa forma, os indivíduos devem possuir uma probabilidade de serem participantes ou não participantes que se situe entre 0 e 1, não podendo ser esta igual aos extremos (perfeita predição).

O escore de propensão foi estimado utilizando um modelo paramétrico de escolha binária¹⁵, em particular, um modelo *probit*. Como variáveis explicativas desse modelo *probit*, foram selecionadas aquelas que, por hipótese, são relevantes na determinação do tratamento e não foram alteradas em virtude dele, ou melhor, variáveis que determinam a participação no Programa, mas são ortogonais ao tratamento. Após a estimativa dos escores de propensão, são obtidos subgrupos dentro do grupo de controle que possuem valores de escores similares aos dos indivíduos do grupo de tratamento. Em seguida, para cada bloco $i=1, \dots, k$ do escore de propensão, há o teste se a média de cada variável predita utilizada no modelo não difere entre tratamento e controle. Se a média de uma ou mais variáveis diferir, então se deve especificar um modelo menos parcimonioso para a estimativa do escore de propensão. Contudo, se todos os testes para cada variável dentro de cada intervalo mostrarem que as médias não diferem significativamente, então um número final de blocos é definido e segue-se para o cálculo do ATT. O objetivo desta estimativa é encontrar um grupo de controle que seja o mais semelhante possível ao grupo de tratamento em termos do escore de propensão, dadas as características observadas.

Neste trabalho, como cada avaliação de impacto é realizada sobre diferentes subconjuntos da amostra de domicílios, a estimação de um único escore de propensão poderia não satisfazer a condição de equilíbrio em algumas análises. Portanto, para cada sub-amostra utilizada, foi calculado um escore de propensão

¹⁵ O método do escore de propensão permite reduzir, mas não eliminar, o viés gerado pelos fatores não observáveis. A extensão na qual o viés é reduzido depende crucialmente da riqueza e da qualidade das variáveis de controle onde o escore de propensão é computado e o pareamento é realizado (BECKER & ICHINO, 2002).

distinto, utilizando um conjunto de variáveis explicativas que obedecesse à condição de equilíbrio.

O conjunto das variáveis selecionadas procura, portanto, caracterizar as condições do domicílio em termos da elegibilidade ao Programa e em alguns casos servir de controle para o cálculo dos efeitos do tratamento sobre os tratados. Depois de calculados os *propensities scores*, é necessário utilizar algum método de pareamento, ou seja, algum método que permita definir quais são os controles para cada unidade tratada.

O efeito médio do tratamento sobre o tratado é dado pela seguinte expressão:

$$ATT = E \{E[Y_{1i} | D_i=1, p(X_i)] - E[Y_{0i} | D_i=0, p(X_i)] | D_i=1\}$$

Onde o primeiro termo é estimado através do grupo de tratamento e o segundo termo através do resultado médio do grupo de comparação pareado (em $p(X)$). A estimativa do score de propensão não é suficiente para estimar o efeito médio do tratamento. A causa disso é que a probabilidade de encontrarmos dois indivíduos com exatamente o mesmo valor de score de propensão é em princípio zero, uma vez que $p(X)$ é uma variável contínua.

A estimativa do ATT será realizada considerando o uso do suporte comum para todas as observações. Se o suporte comum não for satisfeito no grupo de tratamento, isto é, se alguns indivíduos possuem características que são apenas encontradas nos indivíduos tratados ou $P(X) = 1$, então estes indivíduos serão descartados e o ATT será estimado apenas para aqueles que possuam $P(X) < 1$.

Nesse trabalho utilizamos três técnicas de pareamento a fim de analisar a robustez dos resultados: o método do vizinho mais próximo (*Nearest Neighbour Matching* – NNM) com e sem reposição e o método do raio (*Radius Matching* – RM), mas reportamos apenas os diferenciais considerando a técnica do NNM com reposição.

No NNM, para cada unidade tratada é procurada uma unidade não tratada com o *propensity score* mais próximo, ou seja, o pareamento é realizado de forma a minimizar a diferença absoluta entre o *propensity score* da unidade tratada e

não tratada. Formalmente, considere que p_i e p_j denotam o *propensity score* das unidades tratadas e não tratadas, respectivamente. O conjunto de unidades não tratadas pareadas com as unidades tratadas é dado por:

$$C(i) = \min_j \|p_i - p_j\|,$$

onde $C(i)$ pode ser calculado com e sem reposição. Quando a reposição é permitida significa que um mesmo indivíduo não tratado pode ser pareado com mais de um indivíduo tratado.

No caso do método do raio, cada unidade tratada é pareada somente com a unidade não tratada para a qual o valor do *propensity score* se encontra dentro de um limite pré-definido (r) em torno do valor do *propensity score* da unidade tratada. Assim, o conjunto de unidades não tratadas pareadas com as unidades tratadas é dado por:

$$C(i) = \{p_j \mid \|p_i - p_j\| < r\}.$$

A opção por reportar apenas os resultados obtidos com o NNM com reposição se justifica por três motivos: 1) maior facilidade de interpretação dos resultados, uma vez que a magnitude dos diferenciais encontrados pode variar entre as técnicas; 2) utilização do maior número possível de observações do tratamento uma vez que a amostra dos grupos de comparação é menor que a de tratamento; caso optássemos pelo método do NNM sem reposição algumas observações do tratamento não seriam consideradas; 3) pelo método do raio ter uma arbitrariedade na escolha do parâmetro da distância.

3 Avaliação Preliminar de Resultados

Nessa seção apresentamos os resultados da análise preliminar dos diferenciais entre os beneficiários do Programa Bolsa Família e os grupos de comparação considerando diversos indicadores domiciliares. Esta análise é preliminar na medida em que a denominação de impacto só é realmente válida quando observarmos a amostra de tratados em dois momentos do tempo. Mesmo

controlando para as características observáveis através da técnica de *matching*, parte da diferença do resultado observado pode ainda ser atribuída a características não observáveis dos grupos de tratamento e controle. As variáveis foram escolhidas de maneira que a probabilidade de participar do Programa fosse estimada com o maior número possível de variáveis e de modo a contemplar dois critérios: ortogonalidade ao resultado do Programa e variáveis de controle para a análise do diferencial médio estimado. A escolha de analisar os diferenciais através de indicadores calculados para o domicílio se deve ao desenho do Programa: é o domicílio que é elegível a ele. Nesse sentido, a probabilidade de participar do Programa deve ser calculada para o domicílio, de modo que o pareamento é feito entre domicílios e não entre indivíduos¹⁶.

3.1 Indicadores de Saúde

O estado de saúde tem impactos diretos e indiretos sobre o bem estar individual. O impacto direto decorre deste ser um parâmetro da função utilidade dos indivíduos: em geral os indivíduos são mais felizes quando estão mais saudáveis. O impacto indireto está relacionado a diferenças na capacidade produtiva dos indivíduos, uma vez que o estado de saúde integra o capital humano. Nesse sentido, ampliar o estoque de saúde dos indivíduos é uma medida fundamental que pode ter impactos de curto e longo prazo na redução da pobreza.

No Brasil as desigualdades no estado de saúde e no acesso aos serviços são bastante expressivas, e ainda se verifica a persistência de algumas doenças infecto-contagiosas típicas de países atrasados as quais podem ser evitadas por condições adequadas de saneamento e cuidados básicos (SIMÕES, 2002). Alguns trabalhos mostram que as perdas de rendimento por motivo de saúde são significativas e bastante diferenciadas entre os extratos sociais (ALVES & ANDRADE, 2002; NORONHA, 2005). Além disso, existem também evidências sobre os efeitos destas perdas na determinação da pobreza, principalmente através da exclusão de indivíduos do mercado de trabalho, o que dá suporte à implementação

16 As especificações dos modelos utilizados podem ser solicitadas aos autores.

de programas de transferência de renda condicional como o Bolsa Família (NORONHA, 2005).

O objetivo dessa seção é analisar os resultados preliminares da inserção no Programa Bolsa Família no estado de saúde das crianças de 0 a 6 anos e das mulheres grávidas. Esses dois grupos compreendem as pessoas-alvo no domicílio, sobre as quais o Programa impõe cumprimento de condicionalidades para a realização da transferência de renda. Ao entrar no Programa Bolsa Família, a família se compromete a manter suas crianças e adolescentes em idade escolar freqüentando a escola e a cumprir os cuidados básicos em saúde: o calendário de vacinação, para as crianças entre 0 e 6 anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação.

Para avaliar os diferenciais no estado de saúde entre os grupos de comparação selecionamos dois grupos de indicadores: o primeiro grupo refere-se aos resultados atinentes à vacinação das crianças de 0 a 6 anos de idade; o segundo, à realização do pré-natal pelas mulheres de 10 a 49 anos grávidas na data da pesquisa. A escolha desses grupos de indicadores justifica-se por estes estarem totalmente associados às condicionalidades do Programa. A seção de saúde do questionário também investiga o uso e os gastos com serviços de saúde. A análise dos gastos com serviços de saúde será realizada posteriormente conjuntamente aos demais componentes do orçamento familiar. Essa é certamente uma variável de impacto importante. No que concerne ao uso dos serviços de saúde, só será possível analisar impactos do Programa quando tivermos investigação em dois momentos do tempo.

Os indicadores de vacinação utilizados são: proporção de crianças de 0 a 6 anos de idade no domicílio com vacinação em dia, proporção de crianças de 0 a 6 anos de idade no domicílio com mais de 70% das vacinas em dia, proporção de crianças no domicílio com todas as vacinas obrigatórias até os seis meses de idade em dia; proporção de crianças de 0 a 6 anos de idade no domicílio com mais de 70% das vacinas obrigatórias até os seis meses em dia.

Como o programa de vacinação tem sido uma prioridade do Ministério da Saúde e a cobertura vacinal no Brasil tem ampliado bastante, não é de se esperar

que esta seja muito diferente entre domicílios que têm condições similares de acesso aos serviços públicos de saúde¹⁷. A inserção no Programa Bolsa Família pode ampliar a cobertura vacinal por pelo menos dois motivos: primeiro por ser condicionalidade do Programa, o que faz com que as pessoas (mães) passem a se preocupar mais com a realização desse tipo de cuidado; e, segundo, através de um impacto indireto, uma vez que pode alterar a expectativa/comportamento dos indivíduos em relação ao sistema público de saúde. Na medida em que os indivíduos recebem um tipo de assistência, a credibilidade que estes conferem ao sistema de saúde pode ser alterada.

Nesse sentido, a fim de tentar captar a sensibilidade da cobertura vacinal ao Programa Bolsa Família, propomos esses diversos indicadores globais. Não é razoável mensurar o impacto do Programa no grau de cobertura de cada vacina específica. Interessa saber se o Programa tem um impacto no estado de saúde global das crianças de 0 a 6 anos, aumentando a probabilidade destas serem vacinadas adequadamente. Os indicadores propostos não consideram a idade em que esta vacina foi recebida, ou melhor, não estamos diferenciando aquelas crianças que receberam a dose da vacina na idade adequada daquelas que receberam fora da idade adequada. Dois argumentos justificam essa escolha: em primeiro lugar o preenchimento das datas de vacinação nos cartões de vacina e no questionário da pesquisa é pouco consistente; em segundo lugar, essa medida pode subestimar o impacto do Programa, considerando que uma criança com o calendário vacinal atrasado que passe a receber o benefício do Bolsa Família pode ter todas as suas vacinas atualizadas de uma única vez.

A fim de tentar controlar o tempo de entrada no Programa, calculamos os indicadores de vacinação considerando três grupos etários: crianças de 0 a 6 anos, crianças de 0 a 2 anos e crianças de 0 a 1 ano. A hipótese é a de que, ao calcularmos o impacto do Programa para o grupo etário das crianças de 0 a 1 ano e 0 a 2 anos, estaríamos de alguma forma controlando para a entrada no Programa, já que as crianças que têm idade menor que 1 ou 2 anos têm maior chance de terem nascido e o Programa ter sido implementado no domicílio. A heterogeneidade quanto ao

17 Segundo os dados do Datasus, para praticamente todas as vacinas obrigatórias até o primeiro ano de vida, a cobertura vacinal supera os 90% da população. Ver www.datasus.gov.br.

tempo de exposição ao Programa certamente é maior para o grupo de crianças de 0 a 6 anos de idade.

Para analisar os diferenciais sobre a realização das consultas de pré-natal construímos o indicador de proporção de mulheres com pré-natal adequado. Esse indicador foi elaborado de acordo com a normatização do SUS que preconiza como 06 o número mínimo de consultas pré-natal que devem ser realizadas durante toda a gestação. Como o número de mulheres grávidas na amostra no nono mês de gravidez é muito pequeno, consideramos como realizando pré-natal adequado aquelas mulheres grávidas que a partir do quarto mês de gravidez receberam pelo menos uma consulta para cada mês de gravidez, somadas àquelas que se encontravam até o terceiro mês e já haviam feito pelo menos uma consulta.

Só foram considerados para a análise dos diferenciais os domicílios que têm criança residente na faixa etária correspondente à variável de resultado analisada. Para obter o melhor *matching* possível optamos por rodar uma especificação para cada indicador de resultado¹⁸.

3.1.1 Diferenciais na Cobertura Vacinal

Na amostra pesquisada, o número de crianças de 0 a 6 anos é de 9.914. Destas crianças, 2.312 foram excluídas da análise por não terem e/ou não poderem mostrar o cartão de vacinas no momento da entrevista. No Brasil o percentual de crianças que não tem o cartão de vacinas e/ou não pôde mostrá-lo segundo os grupos de comparação não apresenta grandes diferenças, sugerindo ausência de viés de seleção entre os grupos: de 23 a 25% das crianças de 0 a 6 anos não apresentou cartão nos três grupos de comparação.

Entre as Regiões a perda de observações é bem distinta entre os grupos de comparação sugerindo viés de seleção amostral. A maior diferença entre os grupos de comparação ocorre nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Neste caso, no grupo de comparação, 2,34 % das crianças não apresentaram o cartão de vacinas. Apesar

18 No caso da saúde, uma variável fundamental que foi preservada nas especificações é a “*dummy* para o domicílio que recebe visita de agentes comunitários de saúde”.

dessa constatação, não procederemos à correção desse possível viés de seleção nessa primeira etapa da análise. Tal informação é relevante na interpretação dos resultados, na medida em que a maior ocorrência de perda do cartão pode superestimar a cobertura vacinal.

A Tabela 1 reporta os resultados preliminares quando comparamos os beneficiários do Bolsa Família (Tratamento) com os beneficiários de outros programas (Comparação1) utilizando o indicador de vacinação em dia. De maneira geral, os resultados mostram que não existe diferença significativa entre a proporção de crianças com vacinação em dia em domicílios que são beneficiários do Bolsa Família em relação a beneficiários de outros programas. Este resultado é válido para Brasil e Grandes Regiões.

O grupo de Tratamento é constituído pelos domicílios que recebem atualmente o benefício do Bolsa Família. O grupo de Comparação 1 é composto pelos domicílios que recebem atualmente outros benefícios. O grupo de Comparação 2 é composto pelos domicílios que declararam nunca ter recebido nenhum tipo de benefício, independentemente de serem cadastrados em algum programa público.

Tabela 1: Diferenciais sobre o percentual de crianças com o cartão de vacinas em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 1							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,007	0,028	-0,007	0,033	0,021	0,015	-0,012	0,006
Nordeste	0,021	-0,006	0,061	0,052	0,060	0,022	-0,025	0,026
Norte e Centro-Oeste	-0,011	-0,038	-0,144*	-0,026	0,024	0,146	-0,054	-0,085
Sudeste e Sul	0,0498	0,0712	0,0047	0,1108	0,1512	0,0856	0,0131	0,0203

Notas: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família – AIBF, 2005

O segundo indicador de resultado de saúde é a proporção de domicílios com pelo menos 70% das vacinas em dia. Esse indicador difere do anterior na medida em que se permite que a criança não tenha todas as vacinas em dia. Pode ocorrer da criança estar com uma vacina atrasada em decorrência de algum episódio aleatório, mas isso não pode ser interpretado como uma falta de cuidado dos pais em relação à criança. Nesse caso, os resultados mostram uma diferença favorável às crianças residentes em domicílios beneficiários de outros programas.

Essa diferença negativa ocorre tanto no Brasil como nas especificações referentes às Regiões, não se verificando apenas na região agregada do Sul e Sudeste. Uma interpretação possível para esse resultado é a existência de uma correlação entre a probabilidade de entrada no Bolsa Família e as condições de acesso aos serviços de vacinação. Como a única variável de controle relacionada aos serviços de saúde é a *dummy* para visita de agentes de saúde, podem ocorrer diferenças no acesso aos serviços de saúde mesmo quando os domicílios são pareados por condições sócio-econômicas, características do chefe e composição domiciliar. Nesse sentido, se os beneficiários do Programa Bolsa Família residirem em áreas com piores condições de acesso aos serviços de saúde, áreas com menor densidade demográfica, por exemplo, a taxa de vacinação nesses domicílios pode ser menor do que em domicílios beneficiários de outros programas. A Tabela 2 reporta as estimativas do ATT para o indicador de proporção de crianças no domicílio com pelo menos 70% das vacinas em dia.

Tabela 2: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com pelo menos 70% das vacinas em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 1							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,011	-0,022*	-0,020	-0,015	0,012	0,038	-0,018	-0,042***
Nordeste	-0,029	-0,041**	-0,032	-0,028	-0,021	-0,008	-0,041**	-0,048**
Norte e Centro-Oeste	-0,035**	-0,027	-0,032	-0,030	0,008	0,010	-0,012	-0,055**
Sudeste e Sul	-0,010	-0,014	-0,015	-0,018	-0,022	0,019	0,013	-0,017

Notas: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

A Tabela 3 reporta os resultados para a proporção de crianças com todas as vacinas obrigatórias até os 06 meses de idade. De modo geral essa proporção é superior a 90%. Esse comportamento é razoável, uma vez que até os seis meses de vida das crianças, as mães estão mais disponíveis e muitas vezes dedicadas exclusivamente ao cuidado da criança. Os resultados para essas vacinas são parecidos ao indicador anterior apresentando uma diferença favorável aos beneficiários de outros programas no modelo estimado para Brasil. Nas especificações referentes às Regiões, apenas o agregado das Regiões Sul e Sudeste não apresenta diferença significativa.

Tabela 3: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com todas as vacinas obrigatórias até os 6 meses em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 1							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,002	-0,010	-0,020	-0,028	0,045	0,014	-0,005	-0,025**
Nordeste	-0,004	-0,011	-0,028	-0,035	-0,017	0,057	-0,018	-0,038*
Norte e Centro-Oeste	-0,027	-0,036*	-0,034	-0,018	-0,009	0,054	-0,030	-0,050
Sudeste e Sul	-0,014	0,002	0,000	-0,024	-0,004	-0,063	-0,009	-0,013

Notas: De acordo com o Programa Nacional de Vacinação 2006, as vacinas obrigatórias até os 6 meses de idade são a BCG e as 1ª e 2ª doses de Anti-pólio, DPT e Hepatite B.
* valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Quando fazemos o corte de pelo menos 70% das vacinas obrigatórias até os seis meses de idade, os resultados não evidenciam diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 4).

Tabela 4: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com pelo menos 70% das vacinas obrigatórias até os 6 meses em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 1							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,002	-0,001	0,014	0,000	0,017	0,009	-0,017**	-0,008
Nordeste	-0,002	0,002	0,004	0,005	0,007	0,016	-0,012	-0,022
Norte e Centro-Oeste	0,006	0,007	-0,021	-0,014	0,058	0,000	-0,004	-0,013
Sudeste e Sul	-0,004	0,015	0,010	0,038	0,003	0,040	0,007	-0,001

Fonte: AIBF, 2005

As Tabelas 5 e 6 mostram que a comparação com os indivíduos elegíveis não beneficiários de programa social (Comparação 2), de maneira geral, também não apresenta diferenças significativas tanto para o indicador que considera todas as vacinas em dia quanto para o indicador referente a 70% das vacinas em dia.

Tabela 5: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual crianças que estavam com o cartão de vacina em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 2							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,024	0,043	0,000	0,025	-0,022	-0,049	0,004	0,013
Nordeste	-0,050	-0,011	-0,003	-0,038	-0,083	-0,113	-0,046	0,054
Norte e Centro-Oeste	0,005	-0,006	-0,049	0,049	-0,056	0,019	0,033	0,058
Sudeste e Sul	0,067*	0,024	0,017	-0,014	-0,058	-0,086	-0,041	0,0274

Notas: De acordo com o Programa Nacional de Vacinação 2006, as vacinas obrigatórias até os 6 meses de idade são: a BCG e as 1ª e 2ª doses de Anti-pólio, DPT e Hepatite B.

* valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Tabela 6: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com pelo menos 70% das vacinas em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 2							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,002	-0,016	0,005	0,004	-0,022	0,017	-0,004	-0,008
Nordeste	-0,033**	-0,017	-0,011	0,031	0,037	-0,008	-0,021	-0,022
Norte e Centro-Oeste	0,006	0,005	0,010	-0,021	-0,027	0,070	-0,003	-0,033
Sudeste e Sul	0,000	-0,015	0,015	0,005	-0,047	-0,041	0,013	-0,006

Notas: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Quando consideramos as vacinas obrigatórias até os seis meses de idade, as diferenças são desfavoráveis para os beneficiários do Bolsa Família, como se verifica pelas Tabelas 7 e 8. Esse resultado embora ocorra para o Brasil e agregado do Sul e Sudeste, é mais robusto na Região Nordeste.

Tabela 7: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com todas as vacinas obrigatórias até os 6 meses em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 2							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,004	-0,005	-0,013	-0,004	-0,047**	-0,001	0,003	-0,019
Nordeste	0,009	-0,025	-0,005	-0,026	-0,017	-0,010	-0,022	-0,030
Norte e Centro-Oeste	0,020	0,008	0,003	0,027	-0,057	0,122*	0,001	-0,016
Sudeste e Sul	-0,002	-0,003	0,006	-0,005	-0,054	-0,004	0,003	0,0013

Notas: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Tabela 8: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de crianças com pelo menos 70% das vacinas obrigatórias até os 6 meses em dia nos domicílios atendidos; Brasil e Regiões, 2005

Comparação entre Crianças de	Tratamento e Comparação 2							
	0 a 6 anos		0 a 2 anos		0 a 1 anos		2 a 6 anos	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
Brasil	-0,007	-0,009	-0,007	-0,004	-0,006	0,012	-0,009	-0,012
Nordeste	-0,018*	-0,024**	-0,013	-0,023**	0,007	0,008	-0,022*	-0,021
Norte e Centro-Oeste	0,008	0,003	-0,007	-0,011	0,003	0,026	0,003	-0,001
Sudeste e Sul	-0,007	-0,013	-0,006	-0,002	-0,009	0,018	-0,007	-0,017**

* valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Os resultados encontrados nessa subseção evidenciam que o Programa Bolsa Família não tem se mostrado eficiente no sentido de garantir o cumprimento das suas condicionalidades. As diferenças na proporção de crianças vacinadas são desfavoráveis para as crianças residentes em domicílios tratados tanto em relação às crianças residentes em domicílios elegíveis beneficiários de outros programas como em relação às crianças não beneficiárias do Programa. Esse padrão se repete para Brasil e Grandes Regiões, com exceção apenas da Região Sudeste. Uma hipótese que pode justificar essa diferença negativa na taxa de vacinação é o acesso aos serviços de saúde. Os beneficiários do Programa Bolsa Família podem residir em áreas de menor densidade demográfica e piores condições de acesso aos serviços de saúde.

3.1.2 Diferenciais na Realização do Pré-natal

Para comparar as condições de saúde das gestantes entre os grupos utilizamos o indicador de pré-natal adequado. Esse indicador foi construído como uma variável *dummy*, de modo que a gestante que realizou o número de consultas mínimo condicionado ao mês da gestação na data da pesquisa recebeu 1 e 0 no caso contrário. A adequação do número de consultas ao mês da gestação foi construída de acordo com a preconização do SUS (Sistema Único de Saúde), no qual o número mínimo de consultas que deve ser realizado durante a gestação é de 06 consultas. Como mencionado anteriormente, a adequação do pré-natal é uma condicionalidade do Programa Bolsa Família, de modo que é de se esperar que as mulheres grávidas que recebem o benefício tenham um incentivo adicional a realizar todas as consultas de pré-natal. Além disso, a percepção que esta mulher tem acerca da oferta de serviços públicos pode ser alterada quando esta passa a receber o benefício do Programa, de modo que a procura por serviços de saúde seja mais efetiva.

A amostra de mulheres de 10 a 49 anos pesquisadas no Brasil é de 23.240. Destas mulheres, apenas 3% estava grávida na data da pesquisa, o que totaliza 582 mulheres. Destas 582 observações, 101 foram excluídas da análise de impacto por não ser possível calcular o indicador de pré-natal adequado para as mesmas¹⁹. Por

¹⁹ Estas 101 observações excluídas referem-se a respostas sem declaração e mulheres grávidas até o terceiro mês de gravidez que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal. As mulheres grávidas até o terceiro mês de gestação que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal não puderam ser classificadas em relação ao indicador de impacto “pré-natal adequado”.

termos uma amostra bastante pequena de mulheres grávidas, o ATT só pôde ser estimado para o Brasil como um todo.

Como nosso indicador de resultado foi construído a partir do número de consultas realizadas, um fator de controle importante de ser considerado é a cobertura por plano de saúde. Certamente, as condições de acesso aos serviços de saúde são bem distintas para mulheres gestantes com e sem cobertura de plano de saúde. No caso da amostra pesquisada, a cobertura é bastante pequena, inferior a 5% do número total de mulheres. Das mulheres grávidas, apenas 26 possuem planos de saúde, de modo que optamos por não controlar pela cobertura de plano na estimação do ATT para não perder mais observações.

Os resultados da estimação do ATT para o indicador de pré-natal adequado não foram estatisticamente significativos para nenhum dos dois grupos de comparação mesmo quando estimamos para o Brasil como um todo para qualquer corte de renda.

Tabela 9: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre o percentual de mulheres grávidas de 10 a 49 anos de idade que realizaram o número mínimo de consultas pré-natal condicionado ao mês da gestação nos domicílios atendidos; Brasil, 2005

Comparação entre	Tratamento e Comparação 1		Tratamento e Comparação 2	
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$200,00	R\$100,00
ATT NN com reposição	0,000	-0,115	0,748	-0,925

Notas: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%, *** valor significativo a 1%.
ATT NN = técnica de pareamento sobre o vizinho mais próximo.

Fonte: AIBF, 2005

3.2 Indicadores de Educação

Diversos estudos mostram que os retornos econômicos às crianças que continuam a freqüentar a escola são relativamente grandes e propiciam a oportunidade de que elas escapem da pobreza. Como parte do componente educacional do Programa Bolsa Família, há uma condicionalidade de que as crianças entre 6 e 15 anos freqüentem regularmente a escola.

A hipótese contida no arcabouço de capital humano é que a escolaridade é custeada pelas famílias em parte para aumentar a produtividade futura do estudante, e, conseqüentemente, a decisão de estudar seria afetada pelo equilíbrio entre os custos de oportunidade correntes e os ganhos produtivos futuros antecipados, a partir do alcance de um nível de escolaridade adicional (SCHULTZ, 2000). Segundo esta hipótese, as famílias pobres têm mais restrições para investir na escolaridade de suas crianças em um nível socialmente desejável devido a limitações de crédito e informação. O Programa Bolsa Família visa compensar estas limitações, transferindo recursos públicos diretamente às famílias pobres. Neste sentido, configura-se como uma política social complementar às políticas educacionais que promovem intervenções no lado da oferta de serviços escolares, as quais visam diretamente à melhoria do acesso e da qualidade das escolas públicas, e aumentam assim a cobertura educacional no país.

Esta seção analisa os diferenciais entre os grupos de comparação sobre indicadores domiciliares de educação das crianças entre 7 e 14 anos de idade: freqüência à escola, evasão, progressão e a alocação entre trabalho e estudo²⁰. Neste Programa, a maioria dos benefícios está associada à freqüência e permanência das crianças na escola. O fato de que os benefícios são condicionados a esta freqüência implica que o preço da escolaridade se reduz. Isto tende a implicar, para as crianças, um aumento do tempo na escola e na redução na participação do tempo gasto em outras atividades, assumindo que escola e trabalho sejam substitutos. Quanto ao indicador de progressão, que pode ser pensado como mais qualitativo, o impacto não é óbvio nem imediato, pois a própria redução da evasão pode levar em um primeiro momento a uma maior repetência.

3.2.1 Freqüência

A Tabela 10 reporta os resultados para a proporção de meninas e meninos no domicílio que não freqüentaram a escola no último mês. Diferenças positivas, que indicam uma menor freqüência dos beneficiários do Bolsa Família, são observadas

²⁰ Como os indicadores de resultado estão expressos em forma de porcentagens, as diferenças devem ser interpretadas em termos de pontos percentuais. São apresentados somente os resultados significativos robustos a partir da aplicação das técnicas de pareamento mencionadas anteriormente.

em relação ao grupo de Comparação 1. Ou seja, há uma diferença favorável aos beneficiários de outros programas nos modelos estimados, sobretudo no Brasil como um todo. Isto se explicaria, sobretudo, pela condicionalidade de frequência à escola também exigida por outros programas, como Bolsa Escola e PETI, cuja existência é anterior à do Bolsa Família, e portanto podem estar apresentando um efeito de duração mais consistente. Verifica-se que este diferencial é maior entre as famílias mais pobres. Os diferenciais são observados tanto entre os homens quanto entre as mulheres, estas de forma mais intensa, especialmente na região Sul/Sudeste. O diferencial entre os homens se localiza de forma mais visível no grupo mais pobre da Região Nordeste.

Por outro lado, os resultados apontam algumas poucas diferenças negativas, que indicam uma maior frequência dos beneficiários do Bolsa Família em relação ao grupo de Comparação 2. Ou seja, há uma diferença favorável aos beneficiários do Bolsa Família comparativamente às crianças em domicílios que não participam de nenhum programa, para as crianças na região Sudeste/Sul e para as mulheres na Região Nordeste.

Tabela 10: Diferenciais significativos entre os grupos de comparação sobre a proporção de crianças no domicílio que não freqüentaram a escola no último mês; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Brasil – Total	0,027 **	0,038 ***	0,049 ***			
Brasil – Homens		0,035 *	0,044 *			
Brasil – Mulheres	0,027 **	0,040 ***	0,059 ***	-0,034 **		
Nordeste – Total						
Nordeste – Homens			0,079 **			
Nordeste – Mulheres		0,073 **		-0,066 **		
Norte/C.Oeste – Total	0,038 *					
Norte/C.Oeste – Homens						
Norte/C.Oeste – Mulheres						
Sudeste/Sul – Total				-0,063 **		
Sudeste/Sul – Homens						
Sudeste/Sul – Mulheres	0,056 **	0,078 **	0,108 **			

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

3.2.2 Evasão

Os resultados para a proporção domiciliar de meninas e meninos que evadiram do sistema de ensino entre 2004 e 2005 são apresentados na Tabela 11. Diferenças positivas, que indicam uma maior evasão dos beneficiários do Bolsa Família, são observadas somente entre os homens da região Norte/Centro-Oeste, em relação ao grupo de Comparação 1. Ou seja, neste caso, há uma diferença favorável aos beneficiários de outros programas nos modelos estimados. Mas, a ampla maioria dos diferenciais significativos é favorável ao Programa, na medida em que são negativos, indicando uma menor evasão dos beneficiários do Bolsa Família, sobretudo em relação ao grupo de Comparação 2. Ou seja, há uma diferença favorável aos beneficiários do Bolsa Família relativamente às crianças em domicílios que não participam de nenhum programa, para as crianças na região Sudeste/Sul e para as mulheres na Região Nordeste.

Tabela 11: Diferenciais significativos entre grupos de comparação sobre a proporção de crianças no domicílio que evadiram do sistema de ensino entre 2004 e 2005; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Brasil – Total				-0,010 **	-0,016 **	-0,021***
Brasil – Homens					-0,012 **	-0,018 **
Brasil – Mulheres				-0,014 **		
Nordeste – Total				-0,017 **		-0,032 ***
Nordeste – Homens					-0,021 *	0,060 *
Nordeste – Mulheres						-0,041 *
Norte/C.Oeste – Total					-0,012 *	
Norte/C.Oeste – Homens	0,0123 *	0,0125 *	0,0174 *			
Norte/C.Oeste – Mulheres	-0,024 **					
Sudeste/Sul – Total						
Sudeste/Sul – Homens	-0,009 *					
Sudeste/Sul – Mulheres		-0,018 *				

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

3.2.3 Progressão

Na Tabela 12 estão apresentados os resultados para a proporção de meninas e meninos no domicílio que foram aprovados entre 2004 e 2005. Diferenças positivas, que sugerem um potencial efeito positivo do programa, pela maior aprovação dos beneficiários do Bolsa Família, são observadas somente entre as mulheres da região Sul/Sudeste, em relação ao grupo de Comparação 1, e entre as mulheres mais pobres da Região Nordeste, em relação ao grupo de Comparação 2. Contudo, a maior parte dos diferenciais significativos do Bolsa Família são negativos, indicando uma menor aprovação dos beneficiários do Bolsa Família, sobretudo em relação ao grupo de Comparação 2.

Tabela 12: Diferenciais significativos entre grupos de comparação sobre a proporção de crianças no domicílio que foram aprovados entre 2004 e 2005; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Brasil – Total				-0,023 **	-0,039***	-0,034 *
Brasil – Homens				-0,041***	-0,046 **	-0,059 **
Brasil – Mulheres					-0,054***	
Nordeste – Total						
Nordeste – Homens						
Nordeste – Mulheres		-0,077 **	-0,070 **			0,114*
Norte/C.Oeste – Total				-0,042 **	-0,072***	-0,075 *
Norte/C.Oeste – Homens	-0,054 *			-0,053 *	-0,107***	-0,113 *
Norte/C.Oeste – Mulheres	-0,053 *				-0,067 **	
Sudeste/Sul – Total						
Sudeste/Sul – Homens				-0,052 *		
Sudeste/Sul – Mulheres	0,063 **					

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Neste caso, poderíamos interpretar esta diferença como desfavorável aos beneficiários do Bolsa Família; entretanto há que se ter cautela nesta interpretação, pois o simples fato de que estas crianças beneficiárias do Programa estão evadindo menos, ou seja, permanecendo no sistema escolar de um ano para o outro, pode estar levando a uma diminuição da aprovação em um primeiro momento. O acompanhamento e a avaliação em pontos subseqüentes no tempo podem mostrar evidências diferentes.

3.2.4 Estudo e Trabalho Infantil

A Tabela 13 reporta os resultados para a proporção de meninas e meninos no domicílio que declararam só estudar atualmente, *vis-à-vis* aqueles que declararam só trabalhar, trabalhar e estudar e não trabalhar nem estudar.

Diferenças positivas, que indicam uma maior alocação do tempo para o estudo dos beneficiários do Bolsa Família, são observadas em relação a ambos os grupos de comparação, sugerindo uma diferença bastante favorável aos beneficiários do Bolsa Família, e com maior intensidade entre aqueles em situação de extrema pobreza. O fato de que os benefícios do Bolsa Família estejam, em sua maioria, associados a famílias com filhos, que devem freqüentar a escola, implica que o valor do tempo dos filhos no mercado de trabalho é reduzido, e conseqüentemente sua participação na força de trabalho tende a diminuir.

Os diferenciais positivos são observados tanto entre os homens quanto entre as mulheres, exceto na região Sul/Sudeste, onde ainda são observados diferenciais negativos em relação ao grupo de Comparação 2. Além deste grupo, constata-se um diferencial negativo entre as mulheres na Região Nordeste. Este diferencial negativo não implica uma menor freqüência à escola, como visto na Tabela 13, mas pode ser reflexo da conciliação entre trabalho e estudo.

Tabela 13: Diferenciais significativos entre grupos de comparação sobre a proporção de crianças no domicílio que só estudam; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Brasil – Total	0,019 ***	0,015 *	0,025 **	0,014 **	0,020 ***	0,036 ***
Brasil – Homens	0,026 ***	0,018 *	0,034 *	0,023 ***	0,030 ***	0,048 ***
Brasil – Mulheres	0,016 ***		0,020 **			
Nordeste – Total	0,029 *					
Nordeste – Homens	0,059 **	0,041 *				
Nordeste – Mulheres				-0,037 *		
Norte/C.Oeste – Total				0,023 **	0,031 **	0,045 **
Norte/C.Oeste – Homens					0,064 **	
Norte/C.Oeste – Mulheres					0,030 **	0,06 ***
Sudeste/Sul – Total					-0,024 **	
Sudeste/Sul – Homens					-0,024 *	
Sudeste/Sul – Mulheres					-0,031 **	

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

3.3 Indicadores de Trabalho

O objetivo desta seção é analisar a diferenças entre os beneficiários do Bolsa Família e os grupos de comparação na oferta de trabalho dos adultos nos domicílios, tanto em termos da condição de ocupação – proporção dos adultos que trabalhou no último mês – quanto em termos da procura de trabalho (proporção de adultos que procurou trabalho no último mês)²¹. Estes dois aspectos configuram a condição de atividade econômica do domicílio. O interesse é verificar se o Bolsa Família cria incentivos negativos ao trabalho, através da redução da participação na força de trabalho de homens e mulheres do domicílio. Se, ao contrário, houver um aumento desta participação, o impacto mais imediato seria na procura por trabalho e, subseqüentemente, na própria ocupação dos membros adultos do domicílio.

A análise do efeito do Bolsa Família sobre a oferta de trabalho adulta pode ter várias perspectivas, já que, embora o nível dos benefícios não seja afetado pelas

21 Novamente, como os indicadores de resultado estão expressos em forma de porcentagens, as diferenças devem ser interpretadas em termos de pontos percentuais. São apresentados somente os resultados significativos robustos a partir da aplicação das técnicas de pareamento mencionadas anteriormente.

decisões de trabalho dos membros do domicílio, ele é determinado pelo nível de renda do domicílio, o que poderia representar um desincentivo implícito ao trabalho. Neste sentido, modelos padrões de oferta de trabalho individual podem não ser inteiramente adequados.

Uma hipótese é que o principal efeito do Bolsa Família sobre a oferta de trabalho de adultos representa um efeito renda, segundo o qual um aumento na renda devido às transferências monetárias aumentaria a demanda por todos os bens normais, incluindo consumo e lazer, e reduziria a necessidade econômica do trabalho, levando a uma diminuição da jornada de trabalho²². Portanto, o Bolsa Família teria o efeito de reduzir a oferta de trabalho. Entretanto, se considerarmos a perspectiva da oferta de trabalho familiar, as decisões relativas à alocação do tempo de todos os membros do domicílio são afetadas pelo valor do tempo de todos.

O fato de que os benefícios do Bolsa Família estejam, em sua maioria, associados a famílias com filhos, que devem freqüentar a escola, implica que o valor do tempo dos filhos no mercado de trabalho é reduzido. Levando então em consideração a menor disponibilidade de trabalho no domicílio devido à redução do trabalho dos filhos, a oferta de trabalho dos outros membros do domicílio deveria aumentar, tanto em termos das horas no trabalho de mercado quanto em atividades domésticas. Para as mulheres, pode haver um impacto adicional, associado ao cumprimento das condicionalidades do Programa, que pode consumir mais do seu tempo, o que teria o efeito de reduzir o tempo disponível para se dedicar ao trabalho ou reduzir seu tempo de lazer (PARKER & SKOUFIAS, 2000).

3.3.1 Ocupação

Os resultados para a proporção de adultos ocupados no domicílio são apresentados na Tabela 14. Diferenças positivas, que indicam uma maior participação no mercado de trabalho dos beneficiários do Bolsa Família, são observadas principalmente em relação àqueles que não recebem nenhum

²² Considerando a oferta de trabalho adulta no momento e usando um modelo estático no qual a utilidade individual depende do consumo e das horas de lazer, e os indivíduos alocam seu tempo entre trabalho e lazer.

benefício (grupo de Comparação 2), exceto entre os mais pobres da região Norte/Centro-Oeste. Impactos significativos em termos da menor participação na força de trabalho dos beneficiários do Programa são verificados entre as mulheres comparadas àquelas em domicílios beneficiários de outros programas (grupo de Comparação 1). A menor ocupação destas mulheres poderia sugerir a constatação de um desestímulo ao trabalho pelo efeito renda ou pela maior alocação das suas horas em atividades domésticas. No entanto, novamente é importante ter cuidado com esta interpretação, pois, em um primeiro momento, a elevação da oferta de trabalho pode se dar através do aumento da busca pelo emprego, o que será testado na próxima seção. Vale ressaltar que, novamente, os maiores diferenciais estão entre as famílias em situação de extrema pobreza.

Tabela 14: Diferenciais significativos entre os grupos de comparação sobre a proporção de ocupados no domicílio (15 a 64 anos); Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Brasil - Total			-0,057 ***		0,026 ***	0,031 **
Brasil - Homens	0,024 *			0,017 *	0,034 **	
Brasil - Mulheres	-0,030 *	-0,027 **	-0,044 *	0,020 **	0,043 ***	0,035 *
Nordeste - Total		-0,033 *				
Nordeste - Homens						
Nordeste - Mulheres		-0,044 *				
Norte/C.Oeste - Total						-0,050 *
Norte/C.Oeste - Homens						
Norte/C.Oeste - Mulheres				0,034 *		
Sudeste/Sul - Total					0,047 ***	0,068 **
Sudeste/Sul - Homens	0,052 **				0,051 *	
Sudeste/Sul - Mulheres	-0,056 **				0,055 **	0,137 ***

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

3.3.2 Procura por Trabalho

Na Tabela 15 estão apresentados os resultados para a proporção de pessoas no domicílio que declaram estar procurando trabalho. Todas as diferenças significativas constatadas foram positivas, sugerindo um forte impacto do

Programa em termos do aumento da busca por trabalho, principalmente entre as famílias com corte de renda *per capita* de R\$200,00.

Estes resultados sugerem a confirmação da hipótese de que há uma elevação da oferta de trabalho familiar, em um primeiro momento aferida pela procura por trabalho. Neste sentido, não estaria sendo confirmada a hipótese de um desestímulo ao trabalho devido ao recebimento de transferências monetárias. O único diferencial negativo verificado se refere às mulheres mais pobres na região Sul/Sudeste, entre o grupo de Tratamento e o grupo de Comparação 2. Neste caso, a contrapartida parece ser a elevação da oferta de trabalho constatada através do indicador anterior de ocupação, o qual foi altamente positivo para estas mulheres.

Tabela 15: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre a proporção de pessoas procurando trabalho no domicílio (15 a 64 anos); Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Brasil – Total	0,030 ***	0,029 ***	0,045 ***	0,015 **		
Brasil – Homens	0,021 **			0,017 *		
Brasil – Mulheres	0,033 ***	0,032 ***	0,046 **	0,015 *		
Nordeste – Total	0,024 *					
Nordeste – Homens		0,036 *				
Nordeste – Mulheres						
Norte/C.Oeste – Total	0,003 *		0,054 *	0,024 **	0,033 *	
Norte/C.Oeste – Homens						
Norte/C.Oeste – Mulheres	0,028 *		0,079 *	0,031 **		0,054 *
Sudeste/Sul – Total	0,031 **					
Sudeste/Sul – Homens						
Sudeste/Sul – Mulheres	0,034 **		0,061 *			-0,071 *

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

3.4 Indicadores de Gastos

Em geral, espera-se que as transferências recebidas do Programa tenham um efeito positivo sobre as despesas de consumo, dado que tais transferências aumentam a renda disponível das famílias. Attanasio e Mesnard (2005) argumentam, no entanto, que este efeito não é tão imediato quanto parece.

Primeiramente, a renda disponível não necessariamente irá aumentar no mesmo montante das transferências recebidas, uma vez que as condições impostas pelo Programa podem reduzir outras formas de rendimentos, como a renda do trabalho infantil. Segundo, os valores recebidos podem não ser inteiramente gastos para o consumo de bens, já que as famílias podem decidir poupar uma fração, utilizá-los para o pagamento de débitos correntes ou no investimento de atividades produtivas. Entende-se que o aumento dos gastos, e conseqüentemente do consumo, tenham por finalidade atenuar as adversidades das famílias mais pobres. O bem estar destas famílias pode ser mensurado através do “alívio” imediato em termos de consumo e, assim, sobre as condições adversas que estas enfrentam. A despeito da existência da condicionalidade²³, a transferência de recursos monetários para as famílias pobres não necessariamente significa que estes serão gastos da maneira esperada. As famílias podem utilizar parte destes recursos para o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outros bens destinados para adultos, ou, de forma similar, podem destinar a maior parte dos recursos para outros membros das famílias em detrimento das crianças²⁴.

A finalidade desta seção é analisar os efeitos das transferências monetárias do Bolsa Família sobre os gastos das famílias beneficiárias e, portanto, sobre o bem destas e de suas crianças. Além dos impactos sobre os gastos totais, será realizada uma análise sobre os componentes do consumo (alimentação, habitação, vestuário, educação, saúde e demais despesas). A avaliação dos efeitos sobre cada componente dos gastos e sobre itens específicos permitirá verificar como as famílias beneficiárias alocam os recursos advindos do Programa e se há uma apropriação desproporcional dos benefícios por parte dos adultos²⁵.

23 Segundo Attanasio *et al.* (2005), existem diversas razões pelas quais os programas condicionados de transferências podem não obter os efeitos desejados, entre as quais: a) o fato de o programa existir não significa que as famílias alvos irão participar; b) o custo de se monitorar o cumprimento das condicionalidades pode ser relativamente superior aos valores das transferências.

24 Ver uma aplicação para o caso do Programa Bolsa Escola no Brasil em Resende, 2005.

25 Neste caso, os indicadores de resultado estão expressos em forma de valores absolutos em reais. São apresentados somente os resultados significativos robustos a partir da aplicação das técnicas de pareamento mencionadas anteriormente.

Quadro 1: Variáveis dependentes – valores absolutos

Variáveis	Descrição
Despesa Total	Somatório de todas as despesas
Despesas com Alimentos	Despesas com a aquisição de alimentos tanto para consumo dentro como fora do domicílio
Despesas com Habitação	Somatório dos seguintes itens: 1) Aluguel, serviços e taxas 2) Manutenção do lar 3) Mobiliário 4) Utensílios e eletrodomésticos 5) Aquisição/consertos de artigos do lar 6) Serviços domésticos
Despesas com Vestuário	Despesas com vestuário feminino, masculino e infantil
Despesas com Transportes	Despesas com transporte público e privado
Despesas com produtos de Higiene (cuidados pessoais) e Serviços Pessoais	Despesas com a aquisição de artigos de higiene pessoal
Despesas com Saúde	Despesas com consultas, exames, remédios de uso contínuo, remédios de uso ocasional, plano/seguro de saúde e internação
Despesas com Educação	Despesas efetuadas com mensalidades, transporte escolar, material escolar, matrículas, uniformes escolares e outras despesas escolares
Despesas com Fumo e Bebidas Alcoólicas	Incluem-se despesas com cigarros, fumo e bebidas alcoólicas consumidas dentro e fora do domicílio
Despesas Diversas	Referem-se às despesas com cartório, advogado, contribuições trabalhistas, festas, pensões, mesadas etc

Fonte: AIBF, 2005

Quadro 2: Variáveis dependentes. Desagregações – valores absolutos

Variáveis	Descrição
Despesas com alimentos básicos	Despesas com a aquisição de grãos, cereais, farinhas, leguminosas e oleaginosas; legumes, verduras e tubérculos; frutas frescas; laticínios e panificados
Despesas com alimentos não básicos	Despesas com a aquisição de carnes, aves, peixes e ovos; óleos e gorduras; açúcares, temperos e condimentos; bebidas não-alcoólicas e outros
Despesas com saúde infantil	Despesas com consultas, exames, remédios de uso contínuo, remédios de uso ocasional, plano/seguro de saúde e internação para crianças com até 14 anos de idade
Despesas com saúde adulta	Despesas com consultas, exames, remédios de uso contínuo, remédios de uso ocasional, plano/seguro de saúde e internação para pessoas com 15 anos de idade ou mais
Despesas com educação infantil	Neste tópico incluem-se despesas efetuadas com mensalidades, transporte escolar, material escolar, matrículas, uniformes e outras despesas com educação para crianças até 14 anos
Despesas com educação adulta	Neste tópico incluem-se despesas efetuadas com mensalidades, transporte escolar, material escolar, matrículas, uniformes e outras despesas com educação para pessoas com 15 anos ou mais
Despesas com vestuário masculino	Despesas com vestuário e calçados masculino
Despesas com vestuário feminino	Despesas com vestuário e calçados feminino
Despesas com vestuário infantil	Despesas com vestuário e calçados infantil

Fonte: AIBF, 2005

Em relação aos diferenciais entre os grupos de Tratamento e Comparação 1, apresentados nas Tabelas 16 e 17, considerando-se os domicílios em situação de extrema pobreza, observam-se impactos positivos e significativos para o Brasil para os gastos com educação e vestuário infantis. Para os domicílios em situação de pobreza, observam-se impactos positivos e significativos para o Brasil para os gastos com saúde, educação e vestuário infantis. Verifica-se ainda que o grupo de Tratamento apresenta um dispêndio total inferior ao grupo de Comparação 1.

No que se refere aos diferenciais entre o grupo de Tratamento e Comparação 2, mostrados nas colunas à direita das Tabelas 14 e 15, considerando-se as famílias em situação de extrema pobreza, verifica-se que o grupo de Tratamento apresenta um dispêndio total superior para o Brasil, sendo a maior proporção deste destinada para o consumo de alimentos. Nas Regiões Norte e Centro-Oeste, observa-se também um impacto positivo e significativo sobre as despesas totais, bem como sobre as

variáveis de gastos com alimentos, saúde e educação. Entre as famílias em situação de pobreza, observa-se que as famílias beneficiárias do Bolsa Família apresentam gastos superiores com alimentos e itens de educação e destacam-se fortemente os impactos positivos sobre os gastos com vestuário infantil. Considerando-se as famílias que apresentam renda *per capita* até R\$ 200,00, constata-se que as famílias pertencentes ao grupo de tratamento apresentam um dispêndio total inferior ao grupo de Comparação 2, apresentando, no entanto, impactos positivos e significativos sobre os gastos com alimentos, para o Brasil. Para as Regiões Sul e Sudeste observam-se impactos negativos para o dispêndio total e para gastos com saúde e educação.

Tabela 16: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre as despesas domiciliares; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Despesas Totais						
Brasil	-392,49 ***			-461,02 ***		458,65 **
Nordeste	-710,06 ***	-521,14 **			470,15 **	
Norte/Centro Oeste						1296,87 **
Sudeste/Sul				-758,93 ***	-601,60 *	
Alimentos						
Brasil	-142,82 ***			105,67 **	278,12 ***	388,22 ***
Nordeste	-216,61 *			142,44 *	322,12 ***	
Norte/Centro Oeste						588,01 ***
Sudeste/Sul	-203,64 *					450,51 ***
Habitação						
Brasil				-172,02 ***		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul				-212,19 **		
Transportes						
Brasil			-209,84 *	-140,93 **		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul				-299,98 ***	-387,06 **	

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Higiene e Serviços Pess.						
Brasil			60,27 **	-35,15 **		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste				-99,09 ***		
Sudeste/Sul			180,62 **			
Saúde						
Brasil	-72,61 ***			-84,94 ***		
Nordeste		-67,81 *				
Norte/Centro Oeste						111,09 *
Sudeste/Sul	-95,50 *			-135,31 ***		-315,13 **
Educação						
Brasil				-39,79 *	31,80 **	
Nordeste					50,43 ***	
Norte/Centro Oeste			87,39 **	49,45 *	54,44 *	128,90 ***
Sudeste/Sul				-70,24 ***		
Vestuário						
Brasil						22,64 **
Nordeste				26,63 *	34,37 ***	
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul						
Fumo/Bebidas Alcoólic.						
Brasil						
Nordeste					50,74 **	
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul						
Despesas Diversas						
Brasil				-54,60 ***		
Nordeste					33,63 **	
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul				-55,31 *	-92,00 *	

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

Tabela 17: Diferenciais entre os grupos de comparação sobre despesas domiciliares desagregadas; Brasil e Regiões, 2005

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Alimentos Básicos						
Brasil				-103,90 ***		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste				-130,50 **		
Sudeste/Sul						
Alimentos Não Básicos						
Brasil	-81,51 ***			-114,87 ***		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul	-168,96 ***					
Saúde Infantil						
Brasil	28,45 ***	27,98 *				
Nordeste				31,57 ***		
Norte/Centro Oeste	46,46 *	51,36 *				
Sudeste/Sul						
Saúde Adulta						
Brasil	-101,06 ***	-57,76 **		-116,79 ***	-80,61 **	-81,72 *
Nordeste	-80,85 **	-57,73 *				
Norte/Centro Oeste	-94,60 **		-151,29 *			
Sudeste/Sul	-125,52 ***			-176,94 ***	-278,47 ***	-374,47 **
Educação Infantil						
Brasil	23,19 ***	22,36 **	25,92 *			
Nordeste						
Norte/Centro Oeste		37,76*	83,20 **	39,97 **	53,39 *	
Sudeste/Sul				-27,75 *		
Educação Adulta						
Brasil	-15,50 **		-20,22 *	-56,64 ***		
Nordeste						
Norte/Centro Oeste						
Sudeste/Sul			-29,50 *	-38,63 **		-91,32 **

Grupos	Tratamento e Comparação 1			Tratamento e Comparação 2		
	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00	R\$200,00	R\$100,00	R\$50,00
Corte de elegibilidade até						
Vestuário Masculino						
Brasil	-17,06 ***	-14,29 **		-13,94 ***	-8,90 *	
Nordeste	-21,98 *	-13,43 *				
Norte/Centro Oeste				-27,24 *		
Sudeste/Sul		-21,82 *				
Vestuário Feminino						
Brasil	-15,78 ***	-17,52 ***	-19,30 **			
Nordeste	-14,71 **	-15,71 **				
Norte/Centro Oeste	-16,92 **					
Sudeste/Sul						
Vestuário Infantil						
Brasil	16,92 ***	57,74 ***	17,48 **	21,27 ***	16,12 *	31,94 ***
Nordeste		18,99 **	15,53 **	27,66 ***	25,54 ***	15,94 *
Norte/Centro Oeste		33,82 *		33,46 **	25,23 *	47,47 **
Sudeste/Sul	20,63 *			16,47 **		

Nota: * valor significativo a 10%; ** valor significativo a 5%; *** valor significativo a 1%.

Fonte: AIBF, 2005

4 Comentários Finais

Este trabalho representa o primeiro esforço de exploração dos resultados dos diferenciais estimados para uma avaliação preliminar de impactos do Programa Bolsa Família. A interpretação dos resultados leva em conta a limitação metodológica da utilização de uma pesquisa *cross-section*, com variáveis retrospectivas e contemporâneas. Ressalta-se também que a escolha da técnica de análise foi determinante dos resultados obtidos. O desenho longitudinal da pesquisa, com a realização de uma segunda rodada da pesquisa de campo que acompanhará os domicílios dos grupos de tratamento e comparação, permitirá o avanço da avaliação de impactos mais consistentes, havendo a possibilidade de aplicação de outros métodos e técnicas de análise, bem como a exploração de outros indicadores de resultados.

5 Bibliografia

ALLEN, L. H. Nutritional influences on linear growth: a general review. **European Journal of Clinic Nutrition**, 48 (S1): S75-89, 1994.

ALVES, L. F.; ANDRADE, M. V. Impacto da saúde nos rendimentos individuais no Brasil. **Revista de Economia Aplicada**, São Paulo, 2003.

ATTANAZIO, O.; VERA-HERNANDEZ, M. **Medium and log run effects of nutrition and child care**: evaluation of a community nursery programme in rural Colombia. New York: Centre for the Evaluation of Development Policies, 2004. (Working Paper 04/06).

ATTANAZIO, O. *et al.* **Base-line report on the evaluation of familias en acción**. London: The Institute for Fiscal Studies, 2004.

ATTANAZIO, O. *et al.* **How effective are conditional cash transfers?** evidence from Colombia. London: The Institute for Fiscal Studies, 2005. (Briefing Note, n.54).

ATTANAZIO, O.; MESNARD, A. **The impact of a conditional cash transfer programme on consumption in Colombia**. London: The Institute for Fiscal Studies, 2005.

BADIANI, R. *et al.* **Brasil**: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997.

BECKER, S. O.; ICHINO, A. estimation of average treatment effects based on propensity score. **Stata Journal**, 2(4): 358-377, 2002.

BEHRMAN, J. R. The economic rationale for investing in nutrition in developing countries. **World Development**, 21(11): 1749-71, 1993.

BEHRMAN, J.; TODD, P. **Randomness in the experimental samples of Progres**a. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 1999. (Research Report).

BEHRMAN, J.; SENGUPTA, P.; TODD, P. **Progressing through Progresa: an impact assessment of a school subsidy experiment.** Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2001.

BLOOM, H. *et al.* **Can non experimental comparison group methods match the findings from a random assignment evaluation of mandatory welfare-to-work programs?** New York: MDRC, 2002. (Working Papers on Research Methodology).

BOISSIERE, M.; KNIGHT, J. B.; SABOT, R. H. Earnings, schooling, ability and cognitive skills. **American Economic Review**, 75(5): 1016-30, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do programa Bolsa Alimentação.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Manual de atuação.** Brasília, DF: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2005.

CALIENDO, M.; KOPEINING, S. **Some practical guidance for the implementation of propensity score matching.** Bonn: Institute for the Study of Labor, 2005. (IZA Discussion Papers, 1588).

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics: methods and applications.** New York: Cambridge University Press, 2005.

CASE, A.; PAXSON, C. **Stature and status: height, ability, and labor market outcomes.** New York: NBER, 2006. (Working Paper Series, 12466).

CEDEPLAR (Belo Horizonte). **Coleta de Dados: screening e entrevistas: relatório final.** Rio de Janeiro: Science Associação Científica, 2005.

CRAVIOTO, J.; ARRIETA, R. Nutrition, mental development and learning. In: FALKNER, F. (Ed.); TANNER, J. (Ed.). **Human growth: a comprehensive treatise.** 2. ed. New York: Plenum Press, 1986. v. 3.

DEATON, A. Savings and liquidity constraints. **Econometrica**, 59(5): 1221-1248, 1991.

DEHEJIA, R. Practical propensity score matching: a reply to Smith and Todd. **Journal of Econometrics**, 125(1-2): 355-364, 2005.

DEHEJIA, R.; WAHBA, S. Causal effects in non experimental studies: reevaluating the evaluation of training programs. **Journal of the American Statistical Association**, 94: 1053-1062, 1999.

_____. Propensity score matching methods for non experimental causal studies. **Review of Economics and Statistics**, 84: 151-161, 2002.

DEOLALIKAR, A. B. Nutritional and labor productivity in agriculture: estimates for rural south India. **Review of Economics and Statistics**, 70(3): 406-13, 1988.

DIPRETE, T.; GANGL, M. Assessing bias in the estimation of causal effects: Rosenbaum bounds on matching estimators and instrumental variables estimation with imperfect instruments. **Sociological Methodology**, 34(1): 271-310, 2004.

FERREIRA, F.; LEITE, P.; LITCHFIELD, J. **The rise and fall of Brazilian inequality: 1981-2004**. Washington, DC: World Bank, 2006. (World Bank Policy Research Working Paper, 3867).

FRIEDLANDER, D.; ROBBINS, P. Evaluating program evaluations: new evidence on commonly used non experimental methods. **American Economic Review**, 85: 923-937, 1995.

GILLESPIE, S.; HADDAD, L. **Attacking the double burden of malnutrition in Asia and the Pacific**. Manila: Asian Development Bank, 2001. (ADB Nutrition and Development Series, n. 4).

GLEWWE, P. The relevance of standard estimates of rates of return to schooling for education policy: a critical assessment. **Journal of Development Economics**, 51(2): 267-90, 1996.

GLEWWE, P.; JACOBY, H. An economic analysis of delayed primary school enrollment and childhood malnutrition in a low income country. **Review of Economics and Statistics**, 77(1): 156-69, 1995.

GLEWWE, P.; JACOBY, H.; KING, E. Early childhood nutrition and academic achievement: a longitudinal analysis. **Journal of Public Economics**, 81(3): 345-68, 2001.

HECKMAN, J.; HOTZ, J. Choosing among alternative non experimental methods for estimating the impact of social programs: the case of manpower training. **Journal of the American Statistical Association**, 84: 862-880, 1989.

HECKMAN, J.; ICHIMURA, H.; TODD, P. Matching as an econometric evaluation estimator: evidence from evaluating a job training program. **Review of Economic Studies**, 64: 605-654, 1997.

_____. Matching as an econometric evaluation estimator. **Review of Economic Studies**, 65: 261-294, 1998.

HECKMAN, J. *et al.* Characterizing selection bias using experimental data. **Econometrica**, 66: 1017-1089, 1998.

HECKMAN, J.; LALONDE, R.; SMITH, J. The economics and econometrics of active labor market programs. In: ASHENFELTER, O. (Ed.); CARD, D. (Ed.). **The handbook of labor economics**. Amsterdam: North Holland, 1999. p.1865-2097. v.3A.

HIRANO, K.; IMBENS, G. W.; RIDDER, G. **Efficient estimation of average treatment effects using the estimated propensity score**. Cambridge, MA.: National Bureau of Economic Research, 2000. (NBER Technical Working Paper, n.251).

HODDINOTT, J.; SKOUFIAS, E.; WASHBURN, R. **The impact of Progress on consumption: a final report**. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000.

HORTON, S. Opportunities for investments in nutrition in low-income Asia. **Asian Development Review**, 17(1-2): 246-73, 1999.

HUJER, R.; CALIENDO, M.; THOMSEN, S. **New evidence on the effects of job creation schemes in Germany: a matching approach with threefold heterogeneity**. Bonn: IZA, 2004. (Working Paper, 750).

IMBENS, G. W. The role of propensity score in estimating dose: response functions. **Biometrika**, 87(3): 706-710, 2000.

JAMISON, D. T. Child malnutrition and school performance in China. **Journal of Development Economics**, 20(2): 299-310, 1986.

LALONDE, R. Evaluating the econometric evaluations of training programs with experimental data. **American Economic Review**, 76: 604-620, 1986.

MOOCK, P. R.; LESLIE, J. Childhood malnutrition and schooling in the Terai region of Nepal. **Journal of Development Economics**, 20(1): 33-52, 1986.

MORRIS, S. *et al.* Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight gain of preschool children in Northeast Brazil. **Journal of Nutrition**, 134: 2336-41, 2004.

NORONHA, K. V. M. S. **A relação entre o estado de saúde e a desigualdade de renda no Brasil**. Belo Horizonte: CEDEPLAR UFMG, 2005. Tese de Doutorado.

PARKER, S.; SKOUFIAS, E. **The impact of Progresa on Work, leisure and time allocation**. Washington, DC: IFPRI, 2000. (IFPRI final report on Progresa).

PROGRESA (Mexico). **Progresa: Programa de Educacion Salud y Alimentación**. Mexico, 1997.

RAVAILLION, M.; WODON, Q. Does child labor displace schooling? **Economic Journal**, 110: C 158-C 175, 2000.

RESENDE, A. C. C. **Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do Bolsa-Escola sobre os gastos das famílias brasileiras**. Belo Horizonte: CEDEPLAR UFMG, 2006. Dissertação de Mestrado.

ROCHA, S. Impacto sobre a pobreza dos novos programas federais de transferência de renda. **Revista Economia Contemporânea**, 9(1): 153-185, 2005.

_____. **Pobreza no Brasil: o que mudou nos últimos 30 anos?** Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Altos, 2004. (Estudos e pesquisas, n.83).

ROSENBAUM, P. **Observational Studies**. New York: Springer, 2002.

ROSENBAUM, P.; RUBIN, D. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. **Biometrika**, 70(1): 41-50. 1983.

RUEL, M. T.; MENON, P. Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic health surveys. **Journal of Nutrition**, 132(6): 1180-7, 2002.

SCHULTZ, T. P. Assessing the productive benefits of nutrition and health: an integrated human capital approach. **Journal of Econometrics**, 77(1): 141-158, 1997.

_____. **The impact of Progresa on school enrollments**. Washington, DC: IFPRI, 2000. (IFPRI Final Report on Progresa).

_____. **Impact of Progresa on school attendance rates in the sampled population**. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000.

_____. **School subsidies for the poor: evaluating a mexican strategy for reducing poverty**. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SKOUFIAS, E. **Is Progresa working?** summary of the results of an evaluation by IFPRI. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2000.

SKOUFIAS, E.; DAVIS, B.; DE LA VEGA, S. Targeting the poor in Mexico: an evaluation of the selection of households into Progresa. **World Development**, 29: 1769-1784, 2001.

SKOUFIAS, E.; MCCLAFFERTY, B. **Is Progresa Working?** summary of the results of an evaluation by IFPRI. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2001. (Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper, 118).

SKOUFIAS, E.; PARKER, S. W. Conditional cash transfers and their impact on child work and schooling: evidence from the Progres program in Mexico. **Economia**, 2(1): 45-96, 2001.

SMITH, J.; TODD, P. Does matching overcome LaLonde's critique of non-experimental estimators? **Journal of Econometrics**, 2003.

SOARES, S. Distribuição de renda no Brasil de 1976 a 2004 com ênfase no período entre 2001 e 2004. Brasília, DF, **Texto para discussão IPEA**, n.1166, 2006.

STEPHENSEN, C. B. Burden of infection on growth failure. **Journal of Nutrition**, 129(2): 534-38, 1999.

STRAUSS, J. Does better nutrition raise farm productivity? **Journal of Political Economy**, 94(2): 297-320, 1986.

STRAUSS, J.; THOMAS, D. Human resources: empirical modeling of household and family decision. In: BEHRMAN, J. R. (Ed.); SRINIVASAN, T. N. (Ed.). **Handbook of development economics**. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1995. p. 1883-2024. v. 3A.

THOMAS, D.; STRAUSS, J. Health and wages: evidence on men and women in urban Brazil. **Journal of Econometrics**, 77(1): 159-87, 1997.

VENETOKIS, T. **An evaluation of wage subsidy programs to SMEs utilizing propensity score matching**. Helsinki: Government Institute for Economic Research, 2004. (VATT Research Reports, 104).

WAGSTAFF, A.; WATANABE, N. **Socioeconomic inequalities in child malnutrition in the developing world**. Washington, DC: World Bank, 2000. (World Bank Policy Research Working Paper, n. 2434).

WATSON, I. **The earnings of casual employees: the problem of unobservables**. Melbourne: University of Melbourne, 2005. (Paper presented to HILDA Survey Research Conference).

WHO. World Health Organization. **Measuring change in Nutritional Status**. Geneva, 1983.

_____. **Field guide on rapid nutritional assessment in emergencies**. Geneva: Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1995.

_____. **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. Geneva, 2006.

ZHAO, Z. **Sensitivity of propensity score methods to the specifications**. Bonn: Germany Institute for the Study of Labor, 2005. (IZA Discussion Papers, 1873).

Anexo: Variáveis Utilizadas na Especificação dos Modelos Equilibrados do Escore de Propensão

<i>dummy</i> chefe não-branco
<i>dummy</i> domicílio de qualidade inferior
<i>dummy</i> domicílio de qualidade média
<i>dummy</i> presença de pessoa de 60 anos ou mais
<i>dummy</i> mãe de chefe alfabetizada
<i>dummy</i> mulher responsável presente
altura em metros da mulher responsável*
<i>dummy</i> homem responsável presente
altura em metros do homem responsável*
número de membros do domicílio
proporção de crianças entre 0 e 13 anos de idade
<i>dummy</i> casal com filhos até 14 anos
<i>dummy</i> chefe com até 3 anos de estudos
<i>dummy</i> chefe com até 4 anos de estudos
<i>dummy</i> chefe com até 7 anos de estudos
<i>dummy</i> chefe com menos de 50 anos
<i>dummy</i> recebe visita do agente de saúde
<i>dummy</i> domicílio em área urbana
<i>dummy</i> chefe menos de 10 anos no município
<i>dummy</i> chefe menos de 5 anos no município
<i>dummy</i> chefe viveu até os 14 anos em área rural
<i>dummy</i> região Nordeste
<i>dummy</i> região Norte ou Centro-Oeste
Nota: * Variável interagida com a <i>dummy</i> de presença da pessoa no domicílio.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

Todas as variáveis foram selecionadas de um conjunto maior. Nesse conjunto, constavam ainda outras características que não equilibraram nas estimações dos escores de propensão.



Programa Bolsa Família e Segurança Alimentar das Famílias Beneficiárias: Resultados para o Brasil e Regiões

Capítulo II
Capítulo II

Programa Bolsa Família e Segurança Alimentar das Famílias Beneficiárias: Resultados para o Brasil e Regiões¹

Maria da Conceição Monteiro da Silva²

Ana Marlúcia de Oliveira Assis³

Mônica Leila Portela de Santana⁴

Sandra Maria Conceição Pinheiro⁵

Nedja Silva dos Santos⁶

Edleide Brito⁷

1 Introdução

Na Conferencia Mundial sobre Alimentação, organizada pela FAO (*Food and Agriculture Organization*) e realizada em 1974, os governos participantes, dentre eles o Brasil, comprometeram-se a desenvolver esforços no sentido de garantir que todo ser humano estivesse livre do risco da fome e da desnutrição, para que assim pudesse desenvolver plenamente seu potencial de crescimento, o que se constitui em um direito inalienável.

- 1 Pesquisa realizada pelo MDS, DataUFF e UFBA, no período de fevereiro a abril de 2006. Coordenada por Ana Marlúcia de Oliveira Assis (UFBA) e Victor Hugo de Carvalho Gouvêa (DataUFF/UFF).
- 2 Professora Assistente IV, Mestre em Saúde Comunitária, Departamento da Ciência da Nutrição, vice-coordenadora do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS, Núcleo de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição – UFBA.
- 3 Professora Titular, Doutora em Epidemiologia, Departamento da Ciência da Nutrição, Coordenadora do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS e do Núcleo de Epidemiologia Nutricional, Escola de Nutrição – UFBA.
- 4 Professora Assistente, Departamento da Ciência da Nutrição Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria, membro do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS e Núcleo de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição – UFBA.
- 5 Professora Substituta, Departamento de Estatística - UFBA, Mestre em Estatística, membro do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS e Núcleo de Epidemiologia Nutricional, Escola de Nutrição – UFBA.
- 6 Professora Assistente, Departamento da Ciência da Nutrição Mestre em Saúde Pública, membro do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS e Núcleo de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição – UFBA.
- 7 Graduada em Estatística, Membro do Centro Colaborador Nordeste II – CGPAN/MS e do Núcleo de Nutrição e Epidemiologia, Escola de Nutrição – UFBA.

Para que haja diminuição expressiva da fome e da desnutrição no mundo até 2015, é necessário que, por dia, pelo menos 22 milhões de pessoas deixem de ser desnutridas, tal é a gravidade da situação (DOMENE, 2003).

No Brasil, é reconhecido que as ações empreendidas não têm sido suficientes para debelar a desnutrição, particularmente pela forte associação desse evento com a baixa renda familiar e com o insuficiente nível de escolaridade do chefe da família. Nesta perspectiva, foi criado o Programa Fome Zero como “uma estratégia que tem apoio do Governo Federal para assegurar o direito humano à alimentação adequada, priorizando as pessoas com dificuldade de acesso aos alimentos” (BRASIL, 2005a). Esta estratégia governamental possibilita também o atendimento a outras dimensões das necessidades humanas que fortalecem as condições para o combate dos constrangedores da segurança alimentar e nutricional.

Como um eixo do Fome Zero, o Programa Bolsa Família (PBF) insere-se no projeto político do Governo Federal para combater a pobreza e ampliar o acesso ao alimento por meio da transferência de renda mínima às famílias brasileiras submetidas às condições adversas de vida, resgatando um dos principais pilares da dignidade e do direito humano: a cidadania.

O PBF traz na sua concepção ainda um leque de condicionalidades, que privilegia o fomento à realização de ações básicas de saúde com enfoque predominantemente preventivo, com vistas à melhoria das condições de saúde e nutrição, em especial das crianças brasileiras.

As avaliações sobre o impacto dos programas Bolsa Família e Bolsa Alimentação realizados na Região Nordeste (ASSIS *et al.*, 2006; BRASIL, 2005), têm evidenciado a melhoria das condições nutricionais das crianças traduzidas pelo incremento do peso e da altura, assim como da diminuição da prevalência da anemia. No entanto, é importante conhecer como a clientela assistida percebe as melhorias das condições de alimentação da família após a inclusão no Programa.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar a percepção dos beneficiários do Programa sobre suas condições de segurança alimentar e nutricional fornecendo subsídios importantes para a avaliação da caracterização do grau de satisfação dos beneficiários e da destinação dos recursos do Programa Bolsa Família.

2 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de opinião realizada nas 27 unidades da federação, no período de 01 a 18 de março de 2006. A seleção dos municípios pesquisados foi realizada por meio da amostragem probabilística, utilizando o cadastro de beneficiários para o sorteio da família a ser incluída na amostra. Desta forma, participaram do estudo 53 municípios e 3000 famílias que recebiam o benefício há pelo menos 12 meses. A margem de erro amostral para o Brasil foi de 1,96% e, por região, de 3,5% a 4,0%. A entrevista foi realizada com o responsável pelo recebimento do benefício. O cálculo da amostra, planejamento da logística de campo e coleta de dados foram realizados pelo Núcleo de Pesquisas Sociais Aplicadas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF).

Para a coleta das informações sobre o padrão atual do consumo alimentar utilizou-se o questionário de frequência alimentar qualitativo, organizado por grupo de alimentos de acordo com os pressupostos da pirâmide alimentar (LOPES *et al.*, 2003; NEWBY *et al.*, 2003; WILLET, 1998). Na análise dos dados, a frequência de consumo foi estratificada em duas categorias: consumo menor do que quatro vezes na semana e maior ou igual a quatro vezes na semana. Os dados sobre as condições gerais da alimentação das crianças, dos jovens e adultos e da disponibilidade de alimentos na unidade familiar foram coletados utilizando questionário estruturado.

Para identificar a ocorrência dos eventos investigados utilizou-se prevalência e o teste do *quadrado* para avaliar a significância estatística com base no [p -valor <0,05]. Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

3 Resultados

3.1 Caracterização das Condições de Alimentação das Crianças

Observou-se que a maioria das crianças brasileiras (94,2%), realizava três ou mais refeições ao dia. Este percentual é bem similar entre as crianças das Regiões

Norte (96,3%), Nordeste (96,1%) e Sul (96,2%). Para estas Regiões o valor observado ultrapassa o nacional, enquanto que para as Regiões Sudeste (90,7%) e Centro-Oeste (91,4%) foram apurados as menores freqüências, afastando-se, respectivamente, 3,4% e 2,5% do *ranking* nacional (Tabela 1).

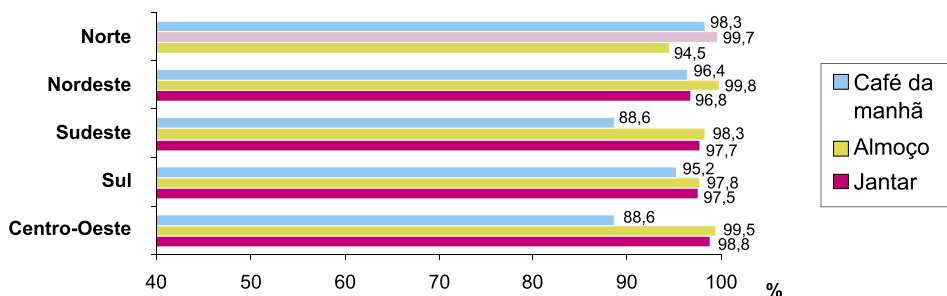
Tabela 1: Freqüência das refeições diárias realizadas pelas crianças das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família de acordo com as diferentes Regiões do Brasil

Refeições / dia	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Uma	0,5	0,4	0,3	0,5	0,5	0,5
Duas	2,6	3,4	8,9	3,3	8,1	5,3
Três	50,6	45,3	36,8	31,2	33,9	39,7
Quatro	34,1	30,5	44,9	57,1	47,8	42,8
Cinco ou mais	11,3	13,9	6,6	6,2	8,6	9,4
Seis ou mais	0,9	6,6	2,4	1,6	1,1	2,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Dentre as refeições principais, destacou-se para quase 100% das crianças a referência à realização do almoço em todas as Regiões do país. Tendência similar foi observada para o jantar, com menores proporções para o Norte (94,5%) e o Nordeste (96,8%). Para o café da manhã os percentuais mais baixos foram notados no Sudeste e Centro-Oeste, ambos com os mesmos valores (88,6%). De uma maneira geral, a realização das pequenas refeições (lanches da manhã, tarde e noite) mostrou-se baixa para todas as crianças investigadas, com maiores freqüências de realização do lanche da tarde. Assim, nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, mais da metade das crianças fazem o lanche da tarde, com percentuais que variaram de 56,7% no Centro Oeste a 66,5% no Sul. Percentuais menores foram encontrados nas regiões Norte, 46%, e Nordeste, 47,6% (Figura 1).

Figura 1: Frequência das refeições principais realizadas pelas crianças das famílias beneficiárias do PBF nas diferentes Regiões do país



Fonte: DataUFF, março de 2006

Independentemente da faixa do benefício recebido, a distribuição das refeições praticadas pelas crianças das famílias beneficiárias do PBF manteve-se similar. Notou-se que para aproximadamente 93% das crianças investigadas estão asseguradas as três refeições diárias e para mais da metade delas, o lanche da tarde (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição percentual dos tipos de refeições realizadas pelas crianças segundo a faixa de recurso recebido do Programa Bolsa Família

Refeição	Valor mensal que recebe do Programa Bolsa Família			
	< \$45,00	Entre \$45,00 e \$80,00	Mais de \$80,0	p-valor
Café da Manhã	92,9	93,6	93,6	0,782
Lanche da Manhã	10,2	15,9	11,1	0,386
Almoço	99,2	98,8	99,1	0,647
Lanche da Tarde	54,8	55,7	53,6	0,808
Jantar	96,5	97,4	97,0	0,497
Lanche noite	6,1	7,6	6,9	0,930

Fonte: DataUFF, março de 2006

Entre as crianças beneficiárias do PBF, 84% delas realizaram uma refeição ofertada na escola. Nas Regiões Centro-Oeste e Norte, os percentuais apurados para este quesito foram respectivamente, 91,8% e 90,7%, sendo os menores percentuais observados entre as crianças das Regiões Sul (78,8%) e Sudeste (74,3%).

Os dados deste estudo evidenciaram ainda que, à medida que aumentava o nível de escolaridade dos responsáveis pela família, aumentava também o percentual de realização de três ou mais refeições diárias (Tabela 3).

Tabela 3: Relação entre a escolaridade do responsável pela família e o número de refeições oferecidas à criança no país como um todo

Número de refeições diárias	Escolaridade do responsável (%)			
	Analfabeto até básico incompleto	Fundamental e médio incompleto	Ensino médio e superior completo	Total
Até três refeições	51,8	42,7	39,4	45,3
Mais de três refeições	48,2	57,3	60,6	54,7
Total	33,9	52,4	13,7	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

A compreensão dos entrevistados das grandes regiões sobre a suficiência/insuficiência da quantidade de alimentos consumidos pela criança foi bastante similar, uma vez que 54,8% disseram que existia suficiência de alimentos e 45,2% responderam que não. Entre aqueles que a compreenderam como suficiente, 63,8% residiam na Região Sul, seguidos por ordem de importância percentual pelos residentes das Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte com, respectivamente 58,9%, 56,5% e 50,4% de respostas afirmativas. O mais baixo percentual da compreensão de que o alimento consumido era suficiente para a criança foi estimado em 44,6%, entre os beneficiários do Nordeste (Tabela 4).

Tabela 4: Percepção dos cuidadores sobre a suficiência dos alimentos consumidos pelas crianças das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família por Regiões do país

Suficiência de alimentos	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Sim	50,4	44,6	58,9	63,8	56,5	54,8
Não	49,6	55,4	41,1	36,2	43,5	45,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

As informações da Tabela 5 indicaram que, independentemente do valor do benefício recebido, quando a família tinha crianças menores de sete anos, o consumo familiar de leite era significativamente maior quando comparado com aquele das famílias que não contavam com crianças no domicílio. A aquisição de macarrão, pão, biscoito e de frutas foi maior entre as famílias que tinham crianças somente quando a faixa do benefício era maior do que R\$ 80,00. O consumo do refrigerante ($p = 0,045$) e de frutas ($p = 0,029$) foi também mais elevado para o grupo de beneficiários com crianças no domicílio.

Para as famílias que tinham crianças no domicílio e recebiam de R\$45,00 a R\$80,00 mensais, destacou-se a opção pela aquisição do milho e produtos derivados, iogurte e queijo. Para essa parcela de beneficiários, observou-se também a mais elevada utilização de frituras ($p = 0,010$) e aquisição de produtos de pastelaria, salsicha, calabresa e mortadela ($p = 0,027$) (Tabela 5). Para o recebimento de até R\$ 45,00 não se observou tendência diferenciada do consumo em função da existência de crianças no domicílio; com exceção para o consumo de leite, comentado anteriormente.

Tabela 5: Freqüência do consumo alimentar semanal de 4 ou mais vezes das famílias segundo a existência de crianças < de 7 anos de idade no domicílio, por faixa de recebimento do benefício

Consumo \geq 4 vezes por semana	Valor mensal que recebe do Programa Bolsa Família								
	< R\$ 45,00			Entre R\$ 45,00 e R\$ 80,00			Mais de R\$ 80,00		
	Crianças no domicílio		p-valor	Crianças no domicílio		p-valor	Crianças no domicílio		p-valor
	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Feijão	84,4	84,9	0,832	78,2	76,9	0,552	77,5	78,8	0,715
Arroz (farinha de arroz)	96,1	95,4	0,603	96,2	93,9	0,059	89,9	94,2	0,042
Farinha de mandioca	32,9	32,4	0,872	40,2	46,3	0,024	44,0	46,0	0,626
Carnes	93,3	95,8	0,107	96,3	97,7	0,165	96,2	96,9	0,646
Legumes e verduras	34,9	32,1	0,387	28,6	28,9	0,896	30,2	29,3	0,801

Consumo \geq 4 vezes por semana	Valor mensal que recebe do Programa Bolsa Família								
	< R\$ 45,00			Entre R\$ 45,00 e R\$ 80,00			Mais de R\$ 80,00		
	Crianças no domicílio	p-valor		Crianças no domicílio	p-valor		Crianças no domicílio	p-valor	
Milho (fubá, cusuzú)	21,1	15,7	0,039	15,0	22,3	0,001	20,4	19,7	0,837
Macarrão, pão, biscoito	55,3	60,4	0,126	54,8	54,3	0,849	46,0	58,6	0,002
Batatas (inglesa, doce)	14,8	13,8	0,688	12,4	15,2	0,142	13,5	16,5	0,314
Leite	46,3	65,6	<0,001	51,9	63,3	<0,001	43,3	67,6	<0,001
logurte e queijo	5,6	7,1	0,357	3,9	7,1	0,012	4,7	5,1	0,814
Frutas (ou sucos da fruta)	16,8	15,5	0,581	14,2	16,4	0,272	8,8	15,4	0,019
Café	86,3	86,7	0,862	87,0	89,5	0,154	88,5	88,8	0,926
Salsicha, mortadela, calabresa	9,8	5,2	0,008	6,1	9,5	0,027	11,0	8,8	0,367
Açúcar (doces e balas)	83,1	85,1	0,322	85,5	88,7	0,103	84,7	86,8	0,451
Refrigerantes	3,3	4,5	0,337	4,1	5,9	0,132	1,9	5,1	0,045
Margarina e óleo de soja	82,8	81,1	0,516	83,2	80,4	0,179	78,9	81,7	0,380
Manteiga	18,2	19,4	0,639	20,3	22,3	0,375	23,4	20,8	0,458
Frituras (batata frita, coxinha)	6,1	7,5	0,391	6,8	11,0	0,010	7,0	12,6	0,029

Fonte: DataUFF, março de 2006

3.2 Caracterização das Condições de Alimentação dos Jovens e Adultos

A frequência das refeições diárias realizada pelos jovens e adultos está apresentada na Tabela 6. Os resultados indicaram que 85% desse segmento populacional realizavam três ou mais refeições ao dia. Destes, 55,3% realizavam apenas três refeições. Essa tendência foi notada nas diferentes Regiões do país.

Tabela 6: Frequência do número de refeições diárias realizadas por jovens e adultos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, por Regiões do Brasil

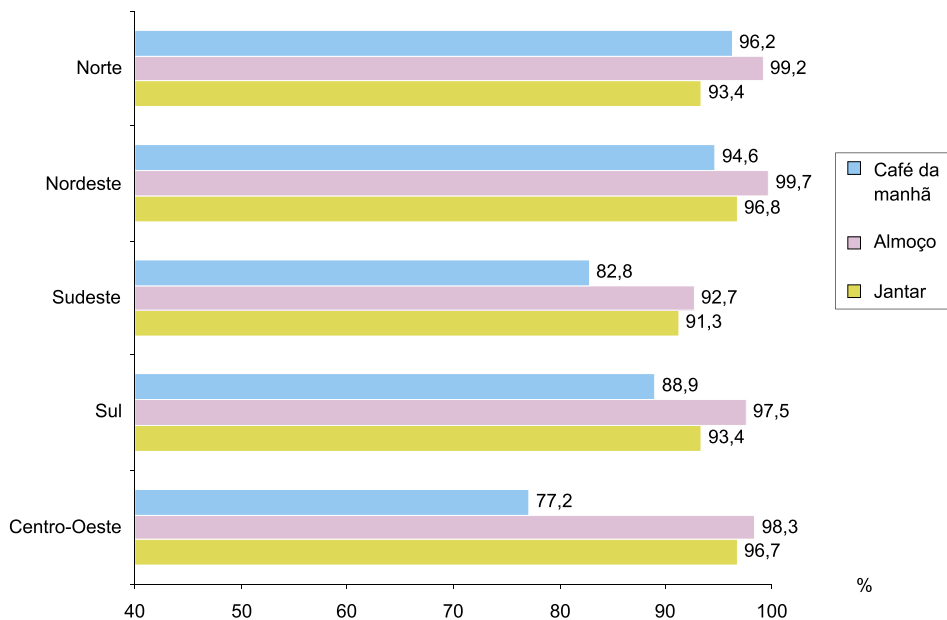
Número de refeições / dia	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Uma	0,5	0,5	3,9	3,0	1,0	1,8
Duas	6,8	5,9	21,4	10,8	21,6	13,2
Três	67,9	67,0	42,8	46,4	51,6	55,3
Quatro	20,2	22,2	28,4	37,2	24,0	26,3
Cinco	4,3	3,0	2,6	2,1	1,7	2,8
Seis ou mais	0,3	1,3	0,9	0,5	-	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	10,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Considerando exclusivamente as três principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) foi expressiva a realização do almoço entre os jovens e adultos entrevistados, distribuídas em 99,7% no Nordeste, seguida pelo Norte, com 99,2%, Centro-Oeste, 98,3%, Sul, com 97,5% e, por último, o Sudeste, com 92,7%. Expressividade similar foi também observada para a realização do jantar (Figura 2).

A realização do café da manhã teve distribuição bastante assimétrica entre os entrevistados das Grandes Regiões do país. Enquanto 96,2% dos entrevistados do Norte declararam realizá-lo, este percentual declinou para 77,2% entre os entrevistados da Região Centro-Oeste (Figura 2).

Figura 2: Frequência de realização das refeições principais de jovens de adultos residentes em domicílios de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, por Regiões do Brasil.



Fonte: DataUFF, março de 2006

Similarmente à caracterização do padrão de refeição realizada pelas crianças no Brasil como um todo e nas Grandes Regiões do país, notou-se que também foi baixo o percentual de realização das pequenas refeições (lanche da manhã, da tarde e o lanche noturno) entre os jovens e adultos.

A compreensão dos entrevistados sobre a suficiência/insuficiência da quantidade de alimentos consumidos pelos jovens e adultos beneficiários do Programa expressou-se em 58,6% para a resposta afirmativa e 41,4% para a negativa para o Brasil total (Tabela 7). A distribuição percentual segundo a região de residência dos beneficiários mostrou que, entre aqueles que a compreenderam como suficiente, 67,6% residiam na Região Sudeste, seguidos por ordem de grandeza percentual pelos residentes do Sul (65,2%), Centro-Oeste (64,1%) e da Região Norte (49,7%). O mais baixo percentual da compreensão de que o alimento consumido foi suficiente para os jovens e adultos foi emitido pelos beneficiários do Nordeste (46,5%).

Tabela 7: Suficiência da quantidade de alimentos para jovens e adultos residentes em domicílios de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, por Regiões do Brasil

Suficiência da quantidade de alimentos	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Sim	49,7	46,5	67,6	65,2	64,1	58,6
Não	50,3	53,5	32,4	34,8	35,9	41,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

3.3 Caracterização das Condições Gerais de Disponibilidade de Alimentos na Unidade Familiar

Antes da inserção dos beneficiários no PBF, 87,5% deles afirmaram que os alimentos do domicílio terminavam antes que tivessem dinheiro para novas aquisições e essa mesma condição declinou significativamente para 82,6% depois que as famílias foram integradas ao Programa, indicando redução de 5,7% nessa condição (Tabela 8).

Tabela 8: Duração dos alimentos na unidade familiar antes e após o recebimento do benefício (últimos três meses), por Regiões do Brasil

Período	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Depois do BF (Últimos três meses)						
Sim	84,0	87,8	82,0	78,3	81,0	82,6
Não	16,0	12,2	18,0	21,7	19,0	17,4
Antes do BF						
Sim	88,6	89,6	85,1	86,2	88,1	87,5
Não	11,4	10,4	14,9	13,8	11,9	12,5
$p < 0,05$						

Fonte: DataUFF, março de 2006

Ao comparar as prevalências do relato da condição de que alguma pessoa na casa deixou de comer ou comeu menos porque não havia comida suficiente, antes (58,3%) e depois da inserção (48,6%) no PBF, observou-se diferença significativa entre estas prevalências com declínio de 17,4% pontos percentuais (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência da resposta à questão: alguma pessoa da casa deixou de comer ou comeu menos porque não havia comida suficiente – Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, por Regiões do Brasil

Período	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Depois do BF (Últimos três meses)						
Sim	51,6	60,6	37,1	47,8	46,0	48,6
Não	48,4	39,4	62,9	52,2	54,0	51,4
Antes do BF						
Sim	60,0	68,4	47,9	59,8	55,6	58,3
Não	40,0	31,6	52,1	40,2	44,4	41,7

Fonte: DataUFF, março de 2006

Ao avaliar a satisfação das famílias quanto à melhoria da qualidade e variedade da alimentação após a integração no Programa (Tabela 10), verificou-se que a qualidade da alimentação melhorou muito para 18,7% delas ou apenas melhorou para 66,9%, totalizando um índice de satisfação de 85,6%, variando de 89,4% entre os beneficiários da Região Sudeste para 93% entre aqueles da Região Norte.

Quanto à variedade dos alimentos, 73,3% das famílias relataram que melhorou muito e 26,7% deles afirmaram que a dieta melhorou, perfazendo um total de satisfação de 100% (Tabela 10).

Tabela 10: Satisfação das famílias sobre a qualidade e variedade da alimentação depois do recebimento do benefício do Programa Bolsa Família por Regiões do Brasil

	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Qualidade						
Melhorou muito	17,5	14,5	20,2	16,2	25,2	18,7
Melhorou	75,5	67,1	59,8	68,0	64,2	66,9
Continua igual/ piorou	7,0	18,3	20,0	15,9	10,7	14,4
Variedade						
Melhorou muito	71,2	74,2	68,2	69,7	83,3	73,3
Melhorou	28,8	25,8	31,8	30,3	16,7	26,7

Fonte: DataUFF, março de 2006

O recurso do Programa Bolsa Família foi declarado como sempre suficiente para se alimentarem bem por 25,3% dos beneficiários. Para 56,2% deles, esse recurso algumas vezes não era suficiente para atender a essa necessidade (Tabela 11).

Tabela 11: Suficiência dos recursos provenientes do Programa Bolsa Família para a alimentação da família

Suficiência dos recursos	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Muitas vezes não é suficiente	23,8	17,4	13,2	21,2	17,0	18,5
Algumas vezes não é suficiente	56,5	64,6	53,6	52,1	54,3	56,2
Sempre é suficiente	19,7	18,0	33,2	26,7	28,7	25,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

No Brasil como um todo, 54,7% das famílias dos beneficiários referiram que a alimentação a que tinha acesso era “boa” (46,9%) ou “muito boa” (7,8%). Para 41% dos entrevistados, a alimentação era regular, com 3,5% e 0,7% dos beneficiários classificando-a, respectivamente, como “muito ruim” e “ruim”. Ressalva-se que a percepção de que a qualidade da alimentação era “ruim” e “muito ruim” foi inexpressiva em todas as regiões investigadas (Tabela 12).

Somando-se os valores atribuídos às respostas das condições “muito boa” e “boa”, essas prevalências se elevaram para 57,5% na Região Sudeste, 61,3% no Norte, 57,4% no Sul e 51,7% no Centro-Oeste (Tabela 12).

Tabela 12: Considerações da percepção das famílias beneficiárias sobre a qualidade da alimentação, por Regiões do Brasil

Qualidade dos alimentos	Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Muito boa	11,0	6,0	4,4	8,8	8,8	7,8
Boa	50,3	39,7	53,1	48,6	42,9	46,9
Regular	35,1	48,2	37,7	38,1	46,1	41,0
Ruim	2,7	5,2	3,9	3,7	2,2	3,5
Muito ruim	0,8	0,8	-	0,8	-	0,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

A percepção positiva dos beneficiários sobre qualidade da alimentação, aumento da variedade dos alimentos, da quantidade e da frequência do consumo de alimentos variou positiva e significativamente ($p < 0,001$) à medida que aumentava a faixa do benefício (Tabela 13).

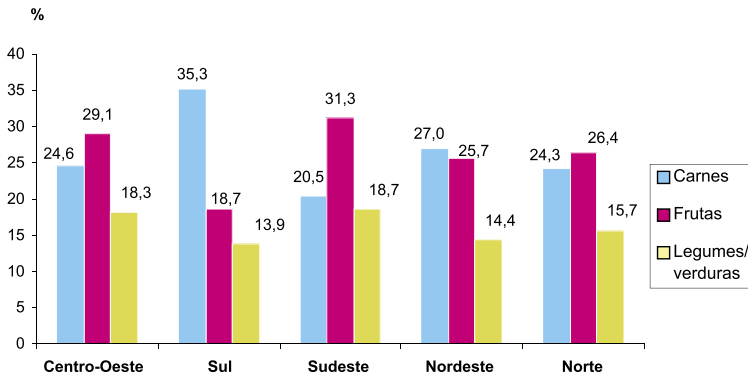
Tabela 13: Percepção dos beneficiários do Programa Bolsa Família sobre a melhoria da qualidade, quantidade, variedade e freqüência da alimentação segundo a faixa do benefício

Percepção dos beneficiários	Valor mensal recebido do Programa Bolsa Família				
	< R\$45,00	Entre R\$45,00 e R\$80,00	Mais de R\$80,00	Total	p-valor
Qualidade					
Melhorou muito/ Melhorou	68,6	91,8	92,0	84,0	<0,001
Continua igual/Piorou	31,4	8,2	8,0	16,0	
Variedade alimentos					
Aumentou	58,0	81,2	84,4	74,0	<0,001
Não aumentou	42,0	18,8	15,6	26,0	
Quantidade					
Aumentou	40,1	65,5	70,5	57,9	<0,001
Continuou a mesma/ Diminuiu	59,9	34,5	29,5	42,1	
Freqüência do consumo					
Aumentou	46,5	66,5	74,3	61,4	<0,001
Não aumentou	53,5	33,5	25,7	42,1	

Fonte: DataUFF, março de 2006

As informações sobre os alimentos que faltavam para que a qualidade da dieta fosse melhorada recaíram sobre as frutas para 29,1% das famílias das Regiões Centro-Oeste; por 31,3% daquelas do Sudeste e por 26,4% das famílias do Norte, diferentemente das Regiões Sul (35,4%) e Nordeste (27,0%), que selecionaram as carnes. Para o Brasil, as famílias dos beneficiários consideraram que os três principais alimentos que faltavam para melhorar a qualidade da dieta eram as frutas (26,4%) e as carnes (26,2%), seguidos dos legumes e verduras (16,3%), (Figura 3).

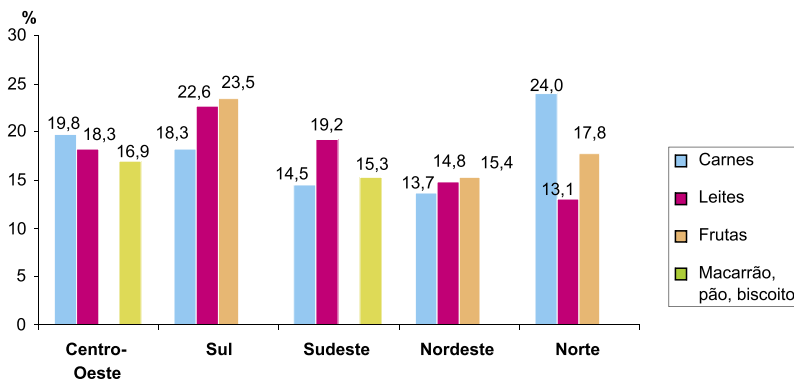
Figura 3: Freqüência dos três principais tipos de alimentos que faltam para melhorar a qualidade da alimentação citados pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, por Regiões do Brasil



Fonte: DataUFF, março de 2006

A análise das informações constantes na Figura 4 evidencia que carne, leite e frutas foram os três alimentos mais consumidos pela maioria dos beneficiários das Regiões Norte, Nordeste e Sul. Para as Regiões Centro-Oeste e Sudeste, as frutas não foram citadas. Para estas Regiões aparecem ainda, com destaque, o consumo do macarrão, pão e biscoito. Nas Regiões Centro Oeste e Norte, o destaque do consumo foi dado à carne, enquanto que no Sul, Sudeste e Nordeste destacou-se o leite. Para esta última Região notaram-se freqüências similares para o consumo das carnes e das frutas.

Figura 4: Três principais tipos de alimentos consumidos pelas famílias beneficiárias após a inserção no Programa Bolsa Família, por Região do Brasil



Fonte: DataUFF, março de 2006

Antes do recebimento do benefício, a disponibilidade de alimentos para consumo familiar era suficiente para quatro semanas para 8,3% das famílias da Região Norte, para 8,7% daquelas do Nordeste e para 9,9% das famílias da Região Centro-Oeste. Para a maioria das famílias dessas Regiões, o alimento era suficiente por uma semana. Nas Regiões Sul (13,3%) e Sudeste (14,7%), apesar da frequência mais elevada de relato para a duração do alimento por quatro semanas, a situação era também preocupante (Tabela 14).

Ao comparar a duração dos alimentos na unidade familiar antes e após a integração ao Programa, verificou-se aumento expressivo na duração dos itens comprados pela família, elevando-se substancialmente o número de famílias que passaram a ter acesso aos alimentos durante as quatro semanas no mês. É importante destacar que esse aumento foi de 1,89 vezes para o Norte; 1,56 para o Nordeste; 1,62 para o Sudeste; 2,08 para a Região Sul e de 2,66 vezes para a Região Centro-Oeste (Tabela 14).

Tabela 14: Duração dos alimentos na unidade familiar dos beneficiários do Programa Bolsa Família, antes e depois do recebimento do benefício, por Regiões do Brasil

Duração dos alimentos	Grandes Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Antes do BF						
Uma semana	50,3	37,1	37,3	23,7	25,8	34,9
Duas semanas	28,6	35,6	33,6	30,5	41,8	34,0
Três semanas	12,8	18,6	14,5	32,6	22,6	20,2
Quatro semanas	8,3	8,7	14,7	13,3	9,9	10,9
Depois do BF						
Uma semana	25,0	18,1	17,7	11,1	8,8	16,1
Duas semanas	33,2	36,7	32,0	21,0	24,4	29,4
Três semanas	26,1	31,7	26,4	40,2	40,4	33,0
Quatro semanas	15,7	13,6	23,9	27,7	26,4	21,5

Fonte: DataUFF, março de 2006

Observou-se também que a duração dos alimentos no domicílio aumentou significativamente após o recebimento do recurso do Programa, com taxas de mudanças positivas para todas as faixas de duração do alimento na unidade familiar, analisando o Brasil total (Tabela 15).

De acordo com o relato das famílias beneficiárias, foi possível estimar redução de 53,9% na situação de insegurança alimentar grave, entendida como a duração do alimento na unidade familiar por apenas uma semana, condição registrada antes do recebimento do benefício para 34,9% dos entrevistados e alterada para 16,1% após a integração no Programa. A partir desses dados foi possível também identificar a taxa de 97,2% para o aumento da condição de segurança alimentar e nutricional plena, entendida aqui pela duração de quatro semanas do alimento na unidade familiar. Essas prevalências eram respectivamente de 10,9% antes do Programa e 21,5% depois da integração da família ao Programa.

Tabela 15: Duração semanal dos alimentos na unidade familiar dos beneficiários do Programa Bolsa Família antes e depois do recebimento do benefício

Duração semanal do alimento	Condição do recebimento Bolsa Família (%)		
	Antes	Depois	p-valor
Uma semana	34,9	16,1	<0,001
Dois semanas	34,0	29,4	0,033
Três semanas	20,2	33,0	<0,001
Quatro semanas	10,9	21,5	0,001

Fonte: DataUFF, março de 2006

3.4 Consumo Alimentar

O padrão de consumo alimentar atual da população em estudo pode ser observado a partir dos dados fornecidos pela Tabela 16. No que se refere ao grupo dos cereais, pães, raízes e tubérculos, destaca-se maior consumo de arroz entre os beneficiários das Regiões Centro-Oeste (99,3%), Sul (98,5%) e Sudeste (97,3%).

O macarrão teve consumo similar entre os beneficiários das cinco Regiões e a farinha de mandioca foi mais consumida entre as famílias das Regiões Norte (73,6%), seguida daquelas do Nordeste (57,2%).

Com relação ao consumo do milho, a maior freqüência foi observada na Região Nordeste (48,3%), seguida da Região Norte (28,4%). Identificou-se maior consumo de batatas nas Regiões Sudeste (26,6%) e Sul (18,6%) e de aipim/inhame no Centro-Oeste (9,7%) e no Sudeste (8,1%). Para o Brasil total, o arroz (94,4%) foi o alimento mais freqüentemente consumido e as raízes (5,1%), os menos consumidos.

Os alimentos do grupo das hortaliças (legumes e verduras) integraram o cardápio de 30,4% das famílias dos beneficiários no Brasil como um todo. As famílias da Região Sudeste (41,2%), seguidas por aquelas das Regiões Sul (33,1%) e Centro-Oeste (31,1%), apresentaram as mais elevadas freqüências de consumo destes alimentos.

A freqüência do consumo de frutas, para o Brasil total, foi uma das menos expressivas (15,1%) quando comparada ao consumo das hortaliças (30,4%). A tendência do baixo consumo de frutas foi observada em todas as Regiões do país (Sul: 21,9%; Nordeste:19,3%; Sudeste:16%; Norte:11%; Centro-Oeste: 7,7%).

Observou-se baixa freqüência de consumo para o grupo das carnes e ovos pelas famílias beneficiárias de todo o Brasil, destacando-se o consumo de ovo (42,9%), seguido por carne (18,2%), frango (11%) e peixe (3,6%). Essa tendência foi também observada para todas as Regiões do país.

O leite integrou o cardápio de 58,3% das famílias dos beneficiários, sendo o maior consumo na Região Sul (66,3%) e menor no Nordeste (45%). O iogurte e o queijo foram consumidos por menos de 10% das famílias dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

O feijão foi consumido por aproximadamente 80% dos integrantes das famílias investigadas. Este consumo, segundo a Região, foi referido por 94,7% das famílias do Sudeste, 94% do Centro-Oeste, 83,6% do Sul, 70,1% do Nordeste e 55,2% do Norte.

O consumo de margarina e óleos foi referido por 81,3% das famílias dos beneficiários, enquanto o consumo da manteiga foi referido por 20,6% destas.

Os açúcares, doces e balas tiveram consumo relatado por aproximadamente 85% das famílias dos beneficiários, enquanto o refrigerante foi referido por 4,4% delas. Na Região Nordeste foi registrado o maior consumo de açúcar, doces e balas (93,9%), e na Sudeste, de refrigerante (7,2%).

No leque dos “outros alimentos”, o café foi o item mais consumido pelos beneficiários (88%). A participação de enlatados e álcool no cardápio foi referida por uma parcela inexpressiva da população em estudo.

Tabela 16: Frequência do consumo alimentar de famílias do Programa Bolsa Família por grupos de alimentos e Regiões do Brasil

Alimentos	Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Cereais, pães, raízes e tubérculos						
Arroz	87,6	89,4	97,3	98,5	99,3	94,4
Farinha de mandioca	73,6	57,2	28,4	22,6	21,0	40,6
Milho (fubá, cuscuz)	2,1	48,3	25,0	11,5	5,6	18,7
Macarrão, pão, biscoito	53,6	53,2	51,8	63,9	54,7	55,4
Aipim, inhame	1,3	1,1	8,1	4,9	9,7	5,1
Batatas	8,6	6,7	26,6	18,6	11,7	14,4
Hortaliças						
Legumes/verduras	17,5	29,2	41,2	33,1	31,1	30,4
Frutas						
Frutas/sucos de frutas	11,0	19,3	16,0	21,9	7,7	15,1
Carnes e ovos						
Carnes	19,9	13,4	16,6	15,5	25,4	18,2
Frango	8,8	13,1	13,4	9,4	10,5	11,0
Peixes	7,1	6,5	2,9	0,9	0,7	3,6
Ovos	39,7	53,1	46,3	39,1	36,7	42,9

Alimentos	Regiões (%)					Brasil (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Leite e derivados						
Leite	59,1	45,5	62,6	66,3	57,8	58,3
logurte / queijo	5,1	2,6	10,9	6,1	4,4	5,8
Leguminosas						
Feijão	55,2	70,1	94,7	83,6	94,0	79,6
Óleo e gordura						
Margarina / Óleo	69,4	80,2	79,8	86,1	91,0	81,3
Manteiga	21,5	24,6	28,5	12,9	15,1	20,6
Açúcar e doces						
Açúcar (doces, balas)	82,3	93,9	81,6	86,8	85,1	85,9
Refrigerantes	4,1	4,1	7,2	3,9	2,9	4,4
Outros						
Frituras	9,2	2,2	8,7	8,8	15,4	8,9
Álcool	1,0	3,1	1,0	1,2	2,1	0,6
Embutidos	12,2	16,1	5,9	5,8	1,0	8,2
Enlatados	8,2	2,0	2,0	1,5	0,2	2,8
Café	93,5	92,4	85,1	88,6	80,4	88,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

4 Discussão

Os resultados deste estudo indicam que o Programa Bolsa Família está contribuindo para a redução da insegurança alimentar entre os beneficiários, promovendo um dos direitos fundamentais do homem, a saber, o acesso regular e permanente a alimentos em qualidade e quantidade suficientes para suprir as necessidades de sustentação da vida.

O aumento significativo da duração e da disponibilidade dos alimentos no domicílio, observado quando as prevalências foram comparadas para essas

condições antes e após o recebimento do benefício, evidencia que diminuiu o número de famílias que deixavam de comer ou comiam menos porque não havia comida suficiente no domicílio. Embora não se possa excluir a existência de outras fontes de renda propiciadoras desse acesso, que porventura a família teve ou tem, (condição não investigada nesta pesquisa), os resultados da análise desses quesitos são consistentes e apontam para mudanças nas condições de alimentação que estão proporcionando a transferência das famílias pobres da situação de insegurança alimentar grave para o estágio da insegurança moderada a leve ou segurança alimentar, na medida em que têm ampliado o volume, a duração e a variedade dos alimentos na unidade familiar. Esses resultados são compatíveis com os de outros estudos desenvolvidos com beneficiários de programas de transferência de renda mínima realizados com metodologias robustas (ASSIS *et al.*, 2006).

A melhora na qualidade e, em especial, na variedade dos alimentos disponíveis na unidade familiar foi expressiva para todas as Regiões do Brasil e contempla a maioria das famílias. Esse é um aspecto relevante da mudança do padrão alimentar promovido pelo Programa, visto que a diversidade dos alimentos que integram as refeições diárias é um dos critérios para a obtenção da alimentação saudável.

A alimentação adequada e variada é um dos requisitos essenciais para crescimento e desenvolvimento adequados de crianças e adolescentes, bem como para a manutenção de uma vida saudável para os adultos e idosos.

É possível supor que todos os membros da unidade familiar estão se beneficiando da ampliação do acesso do alimento, uma vez que os resultados deste estudo indicam que 94,2% das crianças e 85% dos jovens e adultos, beneficiários do Programa, realizam três ou mais refeições por dia, com distribuição similar entre as Grandes Regiões do país. Esses resultados expressam grande ganho para a sociedade brasileira, apesar de 5,8% das crianças e 15% dos jovens e adultos ainda não conseguirem ter acesso a pelo menos três refeições diárias.

Em especial para as crianças, esses resultados podem ser vistos como a oportunidade de melhora do estado nutricional. Estudos que avaliaram a eficiência dos programas de transferência de renda mínima mostraram redução dos *déficits*

nutricionais nas crianças beneficiárias, e evidenciam a influência do aumento da renda familiar como promotora da condição de saúde e nutrição na infância.

É interessante comentar a independência observada entre o padrão de refeições realizado pelas crianças e a faixa de recursos recebidos pelas famílias. Assim, é possível pensar na existência de prioridade no que se refere à garantia de três refeições principais para as crianças, mesmo na faixa de menor recurso destinado pelo Programa. Neste sentido, observou-se que, independentemente da faixa de recebimento do benefício, as famílias com crianças no domicílio adquirem quantidade significativamente maior de leite, alimento culturalmente compreendido como próprio para a criança, quando comparado com a aquisição das famílias sem crianças no domicílio.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a realização de três refeições ao dia para as crianças de seis meses a dois anos de idade amamentadas ao peito e cinco para aquelas que não recebem leite materno. Para as crianças maiores, espera-se o fracionamento diário da dieta em cinco a seis refeições ao dia.

Ressalta-se, no entanto, que 39,7% das famílias afirmaram que suas crianças faziam apenas três refeições diárias. A existência de crianças brasileiras realizando apenas três refeições diárias é bastante preocupante, particularmente se for considerada a demanda de nutrientes ocasionada pelo processo de crescimento e desenvolvimento característico desta faixa etária.

Entende-se, no entanto, que persistem outros constrangedores das condições de saúde e nutrição das crianças assistidas, indicados neste estudo pela dependência entre o número de refeições realizado pela criança e o grau de escolaridade materna, notando-se que à medida que aumentava o nível de escolaridade materna aumentava também o número de refeições ofertado à criança. Este resultado permite pensar também que a relação entre a situação de saúde e nutrição das crianças é modulada não somente pelo nível educacional materno, mas também pela condição socioeconômica do responsável pela família, uma vez que essas variáveis estão intrinsecamente associadas.

Os dados apresentados por este estudo permitem também atentar para o fato de que, apesar de os responsáveis tentarem garantir pelo menos as três refeições diárias às suas crianças, 45,2% destes têm a percepção de que a quantidade do alimento disponível na unidade familiar é insuficiente para as crianças se alimentarem adequadamente. Essa visão é compartilhada também pelos beneficiários das diferentes Regiões do país no que se refere à capacidade de alimentar jovens e adultos. Particularmente para os jovens e adultos, o Guia Alimentar da População Brasileira, destaca a necessidade de realização de pelo menos quatro refeições diárias nesses ciclos de vida. Neste caso, seria recomendável a inclusão, no cardápio dos jovens e adultos, de pelo menos um lanche, constituído principalmente de frutas.

No entanto, identificou-se, tanto para as crianças quanto para jovens e adultos do Brasil como um todo e nas Grandes Regiões do país, o baixo percentual de realização das pequenas refeições (lanches da manhã, da tarde ou o noturno), indicando um padrão de consumo possivelmente associado à prática cultural familiar.

As evidências indicam que a escolha da alimentação adequada é influenciada, dentre outros fatores, pelos hábitos culturais e pelas condições socioeconômicas. Em geral, sabe-se que a pobreza restringe o acesso e a escolha de uma alimentação adequada e saudável e, neste sentido, a integração das famílias de muito baixo nível socioeconômico ao Programa Bolsa Família ampliou as oportunidades de aquisição e variedade dos alimentos. Nota-se ainda no presente estudo a relação positiva entre a melhoria da qualidade, da variedade e da quantidade da alimentação, assim como o aumento da frequência do número de refeições por dia com o aumento da faixa de recebimento do benefício, indicando possivelmente a adequada focalização e uso do recurso oriundo do Programa Bolsa Família.

Identificou-se, por outro lado, a tendência de escolha dos alimentos menos saudáveis à medida que aumentava essa faixa do recurso do Programa, condição que sinaliza a urgente necessidade de orientação e informação sobre os males dos alimentos de alta densidade energética para a saúde, expressos naqueles com elevado teor de açúcares simples e gorduras, principalmente as saturadas e as trans-saturadas.

É importante comentar as escolhas de alimentos pouco saudáveis, a exemplo dos refrigerantes, embutidos (salsicha, mortadela e calabresa), biscoitos (possivelmente os industrializados, comumente utilizados nos lanches das crianças) e cremes vegetais, observadas entre os beneficiários do Programa: normalmente esses alimentos, que apresentam mais baixo custo de mercado, contêm elevada densidade energética e baixo valor nutricional. Na atualidade, o avanço da tecnologia no campo da industrialização de alimentos tem levado ao aumento do volume desses produtos no mercado e sua oferta a um preço cada vez mais reduzido, condição que fomenta o consumo dos alimentos industrializados pelas populações de baixo poder aquisitivo.

Os óleos e os cremes vegetais têm alta densidade energética. No entanto, os óleos vegetais contêm ácidos graxos essenciais e vitamina E. Desta forma, quando em quantidade adequada, contribuem tanto para aumentar o valor calórico da dieta como para fornecer ácidos graxos necessários a várias funções do organismo para manutenção da saúde. Entretanto, a maioria dos cremes vegetais, a exemplo das margarinas, contêm ácidos graxos na forma *trans*: esses ácidos são implicados na ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis, particularmente a obesidade e as doenças coronarianas. Reconhece-se, assim, a necessidade de qualificar as ações de saúde e nutrição, no âmbito dos serviços de saúde (condicionalidades do PBF) para potencializar os efeitos do recurso no seio da unidade familiar.

É notório que, em situação de escasso recurso, a ampliação da aquisição de alimentos de alta densidade energética é freqüentemente observada em detrimento da aquisição daquelas fontes de vitaminas, minerais e fibras, como frutas, verduras e hortaliças, que normalmente apresentam mais baixo conteúdo energético e mais alto custo de mercado.

Com respeito ao baixo consumo de verduras, legumes e frutas entre os beneficiários do PBF, tendência também observada para o total da população brasileira (IBGE, 2002/2003), pode-se comentar que esse padrão de consumo não atende aos requisitos da alimentação saudável preconizados, dado que é recomendado o consumo de três a cinco porções de legumes e verduras e de três a quatro de frutas por dia.

O consumo regular de frutas, legumes e verduras oferece garantia contra a deficiência da maioria das vitaminas e minerais e de substâncias bioativas, importantes na modulação da resposta imunológica, aumentando a resistência à infecção, além de fornecer quantidades adequadas de fibra. A ingestão de no mínimo 400g/dia de frutas, verduras e legumes tem sido relacionada ao menor risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e a manutenção do peso saudável (OMS/FAO, 2003).

Para os cereais, raízes e tubérculos, a recomendação é de cinco a nove porções diárias, a depender do ciclo de vida. Neste aspecto, é interessante observar que 79,6% e 94,4% das famílias entrevistadas relataram consumir, respectivamente, feijão e arroz quatro ou mais vezes na semana. A recomendação do consumo para as leguminosas é de uma porção diária. Essa frequência e percentual de consumo, identificados para o arroz podem ser considerados altos, mas para a leguminosa, que para a população entrevistada é representada pelo feijão, parece ser alcançada somente pelos beneficiários das Regiões Sudeste e Centro-Oeste, quando 94,7% e 94%, respectivamente, informam consumi-lo quatro vezes ou mais por semana. Para os beneficiários do Norte (55,2%) e do Nordeste (70,1%), o consumo nesta categoria foi o mais baixo observado. Ressalva-se que o feijão associado ao arroz constitui-se em mistura de alto valor biológico.

A guisa de conclusão, pode-se comentar que o Programa Bolsa Família está transferido parcela expressiva da população brasileira para a área da segurança alimentar, mas entende-se também que esta transferência aumenta na medida em que se eleva a faixa do valor monetário recebido. Apesar desses resultados positivos, um expressivo percentual de famílias pobres ainda convive com a condição de insegurança alimentar. Assim, cabe comentar que esforços devem ser envidados para ampliar o acesso dessas famílias no sentido da assunção do direito pleno ao alimento.

Por último cabe comentar que, mesmo considerando todos os aspectos positivos do Programa Bolsa Família apontados neste estudo, entende-se que não se deve perder de vista o caráter transitório dos programas de transferência de renda e a perspectiva de ampliação das oportunidades de trabalho, objetivando a independência financeira das famílias brasileiras.

5 Bibliografia

DOMENE, S. M. A. Indicadores nutricionais e políticas públicas. In: **Estudos Avançados**, v. 17, n. 48, p.131-135, 2003.

ASSIS *et al.* **Avaliação do impacto epidemiológico e social do programa nacional de renda mínima vinculado à saúde: Bolsa Família em municípios baianos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, DF, 2002.

_____. **Manual operacional do programa de suplementação de ferro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Relatório do programa Bolsa Alimentação: segunda fase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, 2005c.

_____. **Cidadania: principal ingrediente do Fome Zero**. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005d.

LOPES, A. *et al.* **Ingestão alimentar em estudos epidemiológicos**. [S. l.], 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade. **R. Saúde Pública**, v.34 n. 6 sup, p. 52-61, 2000.

FAO. **Informe de una consulta mixta de expertos**. Genebra: OMS; FAO, 2003.

NEWBY, P. *et al.* Reproducibility and validity of the diet quality index revised as assessed by use of a food frequency questionnaire. In: **Am. J. Clin Nutr** 2003; 78.

PILLIPHI, S. *et al.* Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha de alimentos. In: **R. Bras. Epidemiol.** v. 6, n. 3, 2003.

PILLIPHI, S. *et al.* Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. In: **Revista de Nutrição**. v.16, n.1, p.5-19, 2003.

SANTOS, S. Impacto dos programas de transferência de renda no comércio local em municípios baianos. In: ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira (Coord.). **Avaliação do impacto social e epidemiológico de programas de transferência de renda: Bolsa Alimentação e Bolsa Família em municípios baianos: relatório parcial**. Salvador: [s.n.], 2004.

WHO. World Health Organization. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1998. p. 227.

WILLETT, W. Nutritional epidemiology. In: **Epidemiology and biostatistics**. New York: Oxford University Press, 1998. v. 30.

MONTEIRO, C. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. In: **Estud. av.** v.17, n. 48, maio/ago. p.7-20, 2003.

Segurança Alimentar e Nutricional entre os Beneficiários do Programa Bolsa Família

Capítulo III

Capítulo III

Segurança Alimentar e Nutricional entre os Beneficiários do Programa Bolsa Família

André Brandão¹

Salete Da Dalt²

Victor Hugo Gouvêa³

1 Apresentação

Este artigo é o produto de uma pesquisa de avaliação sobre o Programa Bolsa Família realizada pelo Núcleo de Pesquisas Sociais da Universidade Federal Fluminense (DataUFF) para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

O objetivo foi realizar uma pesquisa de opinião junto aos responsáveis pelos domicílios e beneficiários do Bolsa Família para avaliar o nível de impacto desta iniciativa do MDS na melhoria de suas condições de vida, principalmente no que se refere às questões de segurança alimentar e nutricional, abordando os seguintes aspectos:

- :: Perfil dos beneficiados, investigando as seguintes variáveis: sexo, idade, nível de renda, grau de instrução, local de moradia, tipo de ocupação, hábitos alimentares etc.;
- :: Efeitos do Programa sobre suas vidas, sobretudo nos aspectos relacionados à alimentação familiar;

1 Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UFRJ.

2 Mestranda em Política Social pela Universidade Federal Fluminense – UFF.

3 Doutor em Estatística pela Universidade de Paris VI.

:: A percepção sobre o funcionamento do Programa.

O questionário foi elaborado em conjunto com o Departamento de Avaliação e Monitoramento da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) e pré-testado entre os dias 12 e 14 de fevereiro de 2006 no município de Niterói - RJ.

O presente artigo possui dois objetivos. O primeiro consiste na especificação dos procedimentos metodológicos utilizados para escolha da amostra e coleta de dados. O segundo consiste na discussão de uma pequena parte dos resultados encontrados, apontando para os impactos mais gerais relacionados à aquisição de alimentos e a relação das famílias beneficiárias com o seu entorno social.

2 Procedimentos Metodológicos

Para dar conta do objetivo proposto para esta avaliação foi utilizada a técnica de pesquisa quantitativa domiciliar do tipo *survey*. Nesta metodologia, a coleta de dados é feita através de questionário fechado. Sendo assim, foram realizadas 4.000 entrevistas com responsáveis legais pelo recebimento do benefício.

Estas entrevistas foram aplicadas em dois grupos. O primeiro, denominado experimental, foi composto por um total de 3.000 questionários respondidos. O segundo, denominado grupo de controle, foi composto pelos 1.000 questionários restantes. O grupo experimental era composto pelas famílias que perfaziam mais de doze meses de vinculação ao Programa, enquanto que o grupo de controle era composto por famílias com no máximo três meses de inclusão no Bolsa Família.

2.1 O Desenho Amostral

De início, o desenho amostral deveria dar conta de produzir uma coleta representativa por região no que tange ao grupo experimental, e representativa do país do que concerne ao grupo de controle.

Neste sentido, para o grupo experimental tivemos a seguinte distribuição e representatividade:

- a) As amostras foram dimensionadas visando estimar uma proporção P , desconhecida, fixando-se uma precisão mínima de 4% com nível de confiança de 95%. Isto implica uma amostra mínima de 600 domicílios por Região.
- b) A amostra total para o Brasil foi de 3.000 domicílios com precisão de 1,8%. Optamos, assim, por realizar 600 entrevistas por Região.

Para o grupo de controle foi selecionada uma amostra de 1.000 entrevistas, proporcional ao tamanho da população e de forma a ser representativa para o Brasil. Chegamos a uma precisão de 3,1%.

O plano amostral apontou para a escolha de 53 municípios para sorteio das famílias, com base de referência no cadastro destas. O MDS nos forneceu a base de dados que serviu de subsídio inicial para a produção da pesquisa.

2.2 Critérios para Seleção da Amostra

Dos 53 municípios investigados, 27 foram as capitais dos Estados. Sobraram, portanto, 26 municípios selecionados utilizando-se os seguintes critérios:

- a) A variável básica utilizada foi a de número de bolsas implantadas a menos de três meses (amostra controle). Foram eliminados todos os municípios com valor inferior a 25 bolsas;
- b) Os municípios foram classificados por Região em três grupos: pequenos, médios e grandes. Na seleção procuramos o equilíbrio entre os três;
- c) Consideramos como pequenos os municípios abaixo do valor da mediana do número de bolsas. Como médios, os que tinham número de bolsas entre a mediana e o percentil 90; e como grandes, os municípios da Região que se encontram no estrato dos 10% maiores;
- d) Feita esta divisão, selecionamos os municípios com probabilidade proporcional ao tamanho dentro de cada estrato.

2.3 O Plano Amostral

O quadro a seguir expõe a composição da amostra que efetivamente compôs a pesquisa:

Quadro 1: Plano amostral - pesquisa de avaliação do Programa Bolsa Família - 2006

Região	Cidade	Estado	Grupo Experimental	Grupo Controle	<3 Meses
Norte					
	Macapá	AP	20	7	50
	Senador Guimard	AC	20	7	84
	Santana	AP	23	8	120
	Belém	PA	23	8	125
	Mucajáí	RR	23	8	404
	Ariquemes	RO	27	9	476
	Formoso do Araguaia	TO	28	9	442
	Palmas	TO	28	9	432
	Boa Vista	RO	34	11	857
	Itacoatiara	AM	36	12	1.009
	Porto Velho	RR	46	15	1.736
	Bragança	PA	48	17	2.138
	Rio Branco	AC	72	25	3.908
	Manaus	AM	172	55	11.743
Nordeste					
	Olho D'água do Piauí	PI	20	7	47
	Japarutuba	SE	20	7	136
	Itamaraju	BA	20	7	140
	São João dos Patos	MA	21	7	297
	João Pessoa	PB	21	7	332
	Rio Largo	AL	22	7	372
	Macaíba	RN	22	7	458
	Itabaiana	PB	24	8	880
	Maceió	AL	25	8	1.014
	Recife	PE	28	9	1.520
	Fortaleza	CE	31	10	1.968
	Teresina	PI	35	12	2.709
	Maracanaú	CE	35	12	2.749
	Salvador	BA	36	12	2.809
	Caruaru	PE	47	16	4.859
	Aracajú	SE	49	16	4.980
	Natal	RN	54	18	5.894
	São Luís	MA	90	30	13.353

Região	Cidade	Estado	Grupo Experimental	Grupo Controle	<3 Meses
Centro Oeste					
	Pedro Gomes	MS	20	7	38
	Montividiu	GO	36	12	106
	Tangará da Serra	MT	46	15	516
	Brasília	DF	65	22	1.350
	Goiânia	GO	68	23	1.481
	Cuiabá	MT	111	37	3.330
	Campo Grande	MS	254	84	9.453
Sudeste					
	Águia Branca	ES	20	7	56
	Itaguaí	RJ	33	11	126
	Ituverava	SP	35	12	208
	Juiz de Fora	MG	50	17	1.884
	Vitória	ES	70	23	
	Belo Horizonte	MG	89	30	2.778
	São Paulo	SP	103	34	3.463
	Rio de Janeiro	RJ	200	66	9.631
Sul					
	Florianópolis	SC	20	7	57
	São Sepé	RS	43	14	349
	Guarapuava	PR	48	16	496
	Joinville	SC	71	24	1.081
	Porto Alegre	RS	178	59	4.328
	Curitiba	PR	240	80	7.174

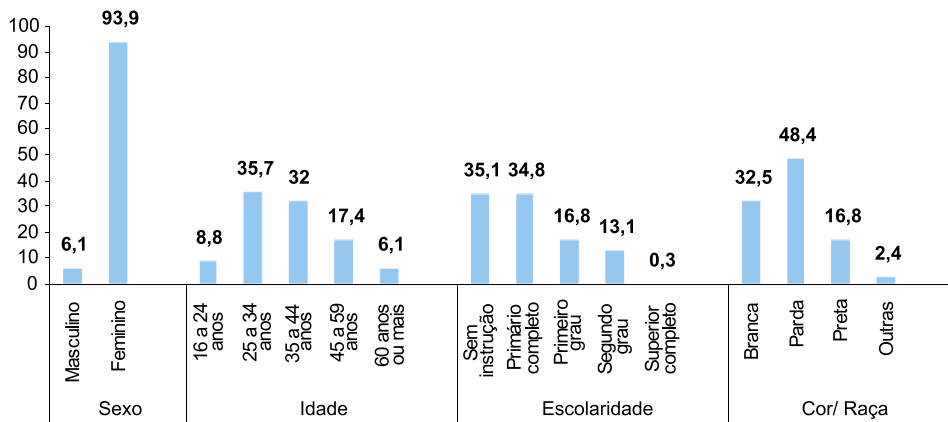
Fonte: Elaborado pelo pesquisador

3 Os Resultados

Passamos a expor os resultados encontrados após a realização da pesquisa. Vale ressaltar que, apoiados no rigor relativo à forma de composição da amostra, podemos afirmar que estes resultados são plenamente representativos e generalizáveis no conjunto dos beneficiários do Programa Bolsa Família.

Gráfico 1: Perfil dos entrevistados

Perfil dos entrevistados - Em %



Fonte: DataUFF, março de 2006

O gráfico anterior aponta a configuração do perfil dos entrevistados abarcados pela pesquisa. No que tange ao sexo, vemos que, como esperado, a maioria dos entrevistados é composta por mulheres.

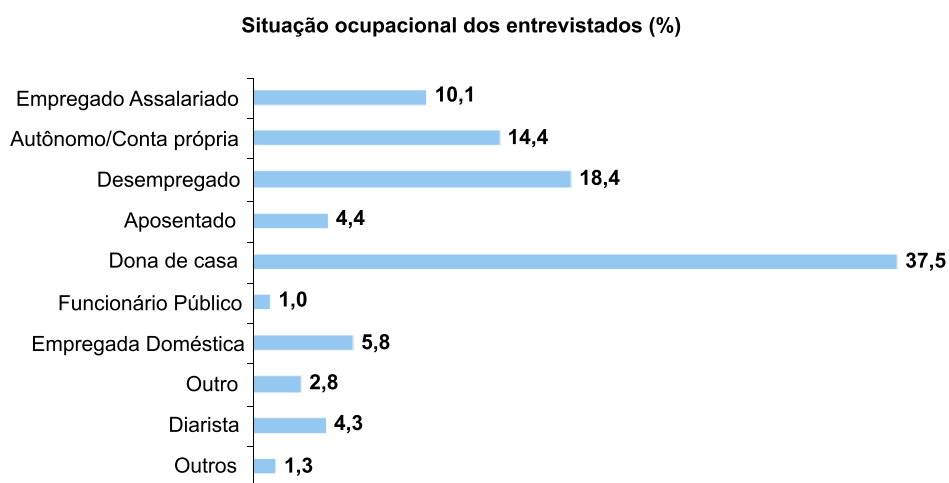
Entre as faixas de idade, a predominância de beneficiados se localiza entre 25 e 34 anos e entre 35 e 44 anos. A partir desta faixa diminui o percentual de beneficiários. Vale ressaltar que, na faixa que caracteriza uma população mais jovem (entre 16 e 24 anos), o percentual de entrevistados supera os da última faixa (60 anos e mais).

A escolaridade é muito baixa e o percentual vai decrescendo à medida que subimos nas faixas de escolarização. O percentual dos “sem instrução” chega a 35,1% da amostra e a soma destes com os que possuem somente o primário incompleto alcança quase 70%. Na outra ponta, somente 13,1% completaram o segundo grau e aqueles que concluíram o ensino superior representam um percentual ínfimo.

No que tange à cor ou raça dos entrevistados, predominam os pardos, seguidos dos brancos. Os pretos são o terceiro grupo de cor ou raça em percentuais. Quando comparamos o perfil de cor ou raça dos entrevistados com o encontrado no

Censo de 2000 para o conjunto da população do Brasil, vemos que, como também já podíamos esperar, os brancos estão sub-representados como beneficiários do Bolsa Família (pois são 53,74% na população nacional) enquanto pardos e pretos estão super-representados (na medida em que são, respectivamente, 38,4% e 6,21% no país). Estes resultados apontam já de início para o fato de que o Bolsa Família vem elegendo de forma acertada os seus beneficiários, em se considerando que, como vários estudos têm apontado, a proporção de pobres no Brasil é mais elevada entre os pardos e pretos do que entre os brancos.

Gráfico 2: Situação ocupacional dos entrevistados



Fonte: DataUFF, março de 2006

Devido ao perfil de sexo dos entrevistados, a situação profissional mais encontrada é a “dona de casa”. Chama atenção o peso elevado dos desempregados em um grupo que é, em geral, menos representativo na População Economicamente Ativa (PEA). Também é significativo que autônomos e trabalhadores por conta própria sejam mais frequentes na amostra que os empregados assalariados. Empregadas domésticas e diaristas, quando somadas, também apresentam um peso importante no conjunto.

Já a presença de funcionários públicos, que poderia indicar maior estabilidade nos cálculos econômicos domiciliares, é reduzida. Em consonância com o pequeno percentual de idosos na amostra, o peso dos aposentados é também reduzido.

Tabela 1: Renda familiar

Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	1.171	41,8
Mais de 1 a 3 salários mínimos	1.592	56,8
Mais de 3 salários mínimos	40	1,4
Total	2.803	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

A renda familiar no último mês nos domicílios investigados se concentra na faixa de 1 a 3 salários mínimos (56,8%), no entanto, o percentual de famílias com até 1 salário mínimo de renda é elevado (41,8%). Já o percentual de beneficiários em famílias com mais de 3 salários mínimos de renda mensal é ínfimo (1,4%). Estes resultados mostram mais uma vez que o Programa está incorporando os beneficiados de forma acertada em relação às suas próprias definições de elegibilidade.

Tabela 2: Gasto do dinheiro do Programa Bolsa Família

Gasto do dinheiro do Programa Bolsa Família – Primeiro lugar		
Alimentos	2.287	76,4
Roupas/calçados	162	5,4
Remédios	44	1,5
Aluguel	6	0,2
Material de limpeza e higiene pessoal	26	0,9
Transporte	15	0,5
Material Escolar (cadernos, livros, lápis, caneta)	331	11,1
Atividades de lazer	2	0,1
Água/Luz/Gás	102	3,4
Outro	20	0,7
Total	2.995	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

A Tabela 2 demonstra que, entre as famílias investigadas, o recurso recebido através do Programa Bolsa Família foi gasto em primeiro lugar, em larga maioria, com alimentação (76,4%). No entanto, parte não desprezível das famílias (11,1%) utilizou o benefício prioritariamente para compra de material escolar. Não se acredita que o percentual de famílias que apontam o material escolar como gasto principal esteja ligado ao fato da coleta dos dados da pesquisa ter sido realizada no mês de março, onde tipicamente são realizadas as despesas escolares referentes ao início do ano letivo, uma vez que esta tendência já havia sido observada em outras pesquisas realizadas anteriormente em períodos diferentes.

Tabela 3: Término dos alimentos da casa nos últimos três meses

Término dos alimentos da casa nos últimos três meses		
Sim	2.478	82,6
Não	512	17,4
Total	2.999	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Em mais de 80% das famílias investigadas nos três últimos meses, ocorreu uma situação na qual os alimentos acabaram antes que houvesse disponibilidade financeira para a realização de novas compras.

Tabela 4: Término dos alimentos da casa antes de receber o Bolsa Família

Término dos alimentos da casa antes de receber o Bolsa Família		
Sim	2.626	87,5
Não	374	12,5
Total	3.000	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

No período anterior à entrada no Programa Bolsa Família, a situação de término dos alimentos antes da existência de disponibilidade financeira para novas compras atingia 87,5% das famílias dos beneficiários. A comparação entre o antes e o depois do recebimento mostra uma queda de aproximadamente 5 pontos percentuais nesta situação negativa. O teste de χ^2 com 1 grau de liberdade e nível de 1% é altamente significativo, já que $\chi^2 = 28,4$ (χ^2 crítico = 6,67).

Tabela 5: Insuficiência da comida nos últimos três meses

Insuficiência da comida nos últimos três meses		
Sim	1.458	48,6
Não	1.540	51,4
Total	2.998	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Cerca de 48% dos entrevistados apontam que nos últimos três meses alguma pessoa da família deixou de comer ou comeu menos porque havia insuficiência de comida.

Tabela 6: Comida suficiente ou não antes do Bolsa Família

Comida suficiente ou não antes do Bolsa Família		
Sim	1.746	58,3
Não	1.248	41,7
Total	2.994	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Antes da entrada no Bolsa Família, no entanto, este percentual de insuficiência chegava a 58,3%. O que perfaz uma redução desta situação negativa em cerca de 10 pontos percentuais e aponta para os impactos positivos do Programa. Mais uma vez, o teste de χ^2 com 1 grau de liberdade e nível de 1% é altamente significativo, já que $\chi^2 = 56,8$ (χ^2 crítico = 6,67).

Tabela 7: Avaliação da alimentação após o Bolsa Família

Avaliação da alimentação após o Bolsa Família		
Melhorou muito	560	18,7
Melhorou	2.004	66,9
Continua Igual	424	14,2
Piorou	6	0,2
Total	2.994	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

A tabela anterior mostra que o Programa Bolsa Família teve contundente impacto positivo na alimentação das famílias beneficiárias. O expressivo montante de 85,6% dos entrevistados aponta esta melhora. Somente 14,2% relatam uma situação de estabilidade nesta variável e o percentual de entrevistados que apontou para uma situação de piora é insignificante (0,2%).

Tabela 8: Quantidade de alimentos consumidos após o Bolsa Família

Quantidade de alimentos consumidos após o Bolsa Família		
Aumentou	1.751	59,2
Continua a mesma	1.195	40,4
Diminui	12	0,4
Total	2.958	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Mais uma vez os dados confirmam o impacto positivo do Programa. O percentual dos que apontam aumento da quantidade de alimentos consumidos é significativo (59,2%), ficando muito acima do percentual dos que apontam para a continuidade (na casa dos 40%). Já a diminuição da quantidade de alimentos consumidos é apontada por um número ínfimo de entrevistados.

Tabela 9: Aumento na variedade dos alimentos após o Bolsa Família

Aumento na variedade dos alimentos após o Bolsa Família		
Sim	2.190	73,3
Não	796	26,7
Total	2.986	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

O importante percentual de 73,3% dos entrevistados aponta aumento da variedade de alimentos consumidos pela família após a entrada no Programa, o que denota um impacto positivo muito expressivo no que tange ao consumo de um rol mais variado de possibilidades alimentares.

Tabela 10: Duração dos alimentos comprados pela família

Duração dos alimentos comprados pela família		
Uma semana	481	16,1
Dois semanas	878	29,4
Três semanas	983	33,0
Quatro semanas (mês inteiro)	640	21,5
Total	2.982	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

No que se refere à duração dos alimentos comprados, o maior peso percentual encontra-se nas famílias que compram alimentos suficientes para três semanas no mês (33%). O percentual de respostas “uma semana” é pequeno, mas não deixa de ser significativo. Já o de respostas “duas semanas” é alto, considerando a importância da variável. Somente 21,5% dos entrevistados afirmam que suas famílias compram alimentos que cobrem o conjunto do mês.

Tabela 11: Duração dos alimentos comprados pela família antes do Bolsa Família

Duração dos alimentos comprados pela família antes do Bolsa Família		
Uma semana	1.041	34,9
Dois semanas	1.016	34,0
Três semanas	603	20,2
Quatro semanas (mês inteiro)	327	10,9
Total	2.987	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Vejamos como se configurava a duração dos alimentos antes do acesso ao Programa. O maior peso percentual estava nas famílias que compravam alimentos suficientes para somente uma semana no mês (34,9%). O percentual de respostas “duas semanas” é o segundo mais elevado (34%). Somente 10,9% dos entrevistados afirmam que suas famílias compravam alimentos que cobriam o conjunto do mês antes do Bolsa Família.

As duas últimas tabelas, quando comparadas, mostram um impacto positivo muito significativo do Programa que se faz:

- a) na grande redução do percentual de famílias que compram alimentos que duram somente uma semana;

- b) na redução do percentual de famílias que compram alimentos que duram somente duas semanas;
- c) no grande aumento do percentual de famílias que compram alimentos que duram três e quatro semanas: enquanto estas últimas eram 31,1% antes, passam a ser 54,5% após o Programa, o que equivale a um crescimento extremamente significativo. Vale ressaltar que o teste de χ^2 com 1 grau de liberdade e nível de 1% é altamente significante, já que $\chi^2 = 408,4$ (χ^2 crítico = 13,27).

Tabela 12: Tratamento da família no local onde mora após o Bolsa Família

Tratamento da família no local onde mora após o Bolsa Família		
Mudou para melhor	1.222	41,6
Não mudou nada	1.701	58,0
Mudou para pior	12	0,4
Total	2.935	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Um expressivo percentual de entrevistados afirma que a maneira como a família é tratada no local de moradia mudou para melhor após o ingresso no Programa. Este dado aponta para dois aspectos: em primeiro lugar, para uma maior possibilidade de estas famílias avançarem na direção da construção de redes locais de sociabilidade; em segundo lugar, para uma melhora na própria auto-estima dos núcleos familiares, elemento fundamental para a construção de estratégias voltadas para a saída da situação de pobreza extrema.

Tabela 13: Crédito com os comerciantes do bairro após o Programa Bolsa Família

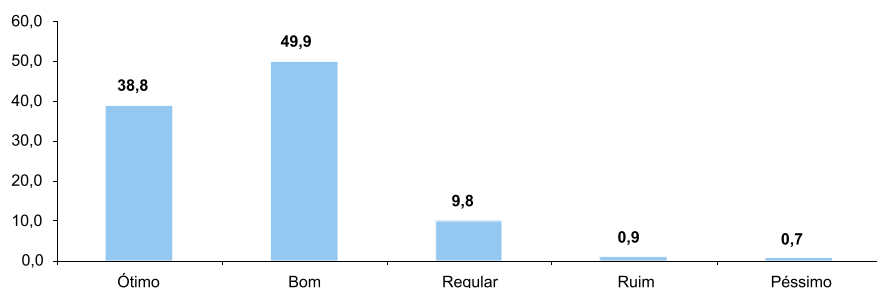
Crédito com os comerciantes do bairro após o Programa Bolsa Família		
Sim	967	33,1
Não	901	30,9
Não compra a crédito	1.052	36,0
Total	2.920	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Outro impacto positivo do Bolsa Família aparece na tabela anterior. Cerca de 1/3 dos entrevistados apontam que o crédito da família com os comerciantes do bairro melhorou após a entrada no Programa. Esta facilidade de crédito tende, por sua vez, a viabilizar possibilidades de incremento da qualidade de vida das famílias, apesar das inúmeras limitações relativas à condição de pobreza. Vale ressaltar o percentual expressivo de famílias que não compram a crédito (36%).

Gráfico 3: Avaliação do Programa Bolsa Família

Avaliação do Programa Bolsa Família (%)



Fonte: DataUFF, março de 2006

A avaliação do Programa é extremamente positiva com 49,9% de respostas “bom” e 38,8% de “ótimo” (o que totaliza 88,7% de avaliação satisfatória). A avaliação do Bolsa Família como “ruim” e como “péssimo” compreende uma frequência ínfima e a avaliação como “regular” é emitida por somente 9,8% do total de entrevistados.

Tabela 14: Responsável pelo Programa Bolsa Família

Responsável pelo Programa Bolsa Família		
Governo Federal	1.727	60,0
Lula	506	17,6
Governo Estadual	275	9,5
Governo Municipal	185	6,4
Outro	182	6,3
Total	2.895	100,0

Fonte: DataUFF, março de 2006

Nada menos que 60,0% dos entrevistados mencionaram o Governo Federal como responsável pelo Bolsa Família, o que parece indicar que a vinculação institucional do Programa está sendo divulgada de forma acertada, mas que, no mesmo movimento, ainda é necessário trabalhar mais esta perspectiva de visibilidade. Este alto índice de vinculação ao Governo Federal engendra os percentuais baixos de menção ao Governo Estadual e ao Governo Municipal. Por outro lado, um expressivo número de menções é feito ao presidente Lula (17,6%), o que certamente se relaciona com a própria lógica da visibilidade política em países como o Brasil, marcados historicamente pelo presidencialismo. Entre os “outros” responsáveis citados, encontramos uma listagem com mais de quarenta indicações que apresentam peso pequeno ou inexpressivo.

4 Conclusões

A pesquisa realizada pelo DataUFF apontou para um conjunto de elementos a seguir sintetizados.

Quanto à incorporação dos beneficiários no Programa, esta se faz de forma condizente com os objetivos de distribuição de renda almejados, na medida em que 98,6% das famílias pertencem à faixa de até 3 salários mínimos de renda mensal, já considerando, dentro deste patamar, o valor do benefício. No mesmo movimento, a representatividade maior de pretos e pardos entre os beneficiários, quando comparado com o peso demográfico destes grupos de cor ou raça no conjunto da população, também aponta para os acertos na elegibilidade.

Quanto ao consumo de alimentos, a pesquisa mostra que, embora estejamos ainda longe de uma situação ideal, na qual todas as famílias poderiam se alimentar de forma adequada todos os dias, a comparação entre a situação atual e a anterior ao ingresso no Programa mostra impactos positivos expressivos, tanto no número de semanas cobertas pelos alimentos comprados, quanto na possibilidade de introduzir maior variedade na alimentação.

Ainda seguindo a lógica que acompanhou a história das políticas de proteção social no Brasil, a maioria dos entrevistados associa o Programa a uma

“ajuda” recebida. Ao mesmo tempo, observa-se que os níveis de confiança na continuidade do benefício são elevados, embora não expressem uma perspectiva de segurança absoluta no longo prazo, o que possivelmente ocorreria caso a população compreendesse o Bolsa Família como um direito social.

Por fim, embora a pesquisa não tenha se aprofundado nos aspectos vinculados ao capital social, as famílias beneficiárias apontam para um melhor tratamento no local de moradia e um conseqüente aumento do crédito no comércio. Estes aspectos indicam, ainda que de forma indireta, possibilidades de aumento da inserção destas famílias em redes locais de sociabilidade.

É necessário considerar que o Programa Bolsa Família, assim como outros programas sociais criados e/ou expandidos pelo atual governo brasileiro enfrenta um gigantesco desafio: reverter a situação de extrema desigualdade na distribuição de renda presente na sociedade brasileira.

Sabemos que o Brasil não é um país pobre, mas sim um país de muitos pobres. Se dividirmos os países do mundo em três blocos a partir de suas rendas *per capita*, veremos que o Brasil se situa no terço mais rico. Dados já amplamente divulgados (BARROS, HENRIQUES & MENDONÇA, 2000) mostram que países com Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* semelhante ao nosso estão muito melhor situados do ponto de vista da distribuição de renda e do percentual de pobres em suas populações.

Enquanto apresentamos um patamar já histórico de aproximadamente 30% de pobres em nossa população, países com PIB *per capita* semelhante possuem em média 10% de pobres.


No que tange à desigualdade, nosso coeficiente de Gini⁴ chega a quase 0,60, o que nos deixa no fim da fila entre os países do mundo. De fato, somente a África do Sul e Malawi possuem coeficiente maior que o nosso. Toda a história econômica brasileira mostra que o crescimento econômico sem o apoio de políticas de distribuição de renda não poderá alterar o atual quadro de injustiças sociais.

4 O coeficiente de Gini constitui um indicador amplamente utilizado pelos estudos voltados para a desigualdade. Este índice é construído a partir da razão existente entre a renda dos mais ricos e dos mais pobres em determinada sociedade.

Finalizando, podemos afirmar, a partir dos resultados desta avaliação, que os acertos encontrados num programa social de tão grande expressão como o Bolsa Família indicam que a atual política de proteção social tem efetivamente enfrentado a tarefa de atuar no sentido da redução da desigualdade de renda e da pobreza no país.

5 Bibliografia

BARROS, Ricardo Paes; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 42, fev. p.123-142, 2000.

A photograph of a woman with dark hair, smiling as she works at a sewing machine. She is wearing a dark-colored polo shirt. The background is bright and slightly out of focus. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue circular graphic on the right side.

O Impacto do Programa Bolsa Família: Mudanças e Continuidades na Condição Social das Mulheres

Capítulo IV

Capítulo IV

O Impacto do Programa Bolsa Família: Mudanças e Continuidades na Condição Social das Mulheres

Mireya Suárez¹

Marlene Libardoni²

1 Introdução

Partindo do reconhecimento de que a baixa condição social das mulheres, particularmente das não-brancas, restringe severamente a segurança delas e de suas famílias e de que o Programa Bolsa Família é, na atualidade, a política mais significativa do sistema de proteção social do Brasil, examinam-se neste artigo os efeitos desse Programa nas condições de vida das mulheres que recebem e administram a renda a elas transferida³.

Este artigo examina o modo como o Programa vem funcionando a partir das realidades específicas vividas pelas beneficiárias nos seus espaços familiares e pouco vividas nos espaços públicos. Nosso olhar é, então, situado, no sentido dos interesses dessas mulheres servirem como referencial para avaliar os fatos

1 Doutora em Sociologia do Desenvolvimento pela Universidade de Cornell.

2 Pesquisadora Associada do Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas - Universidade de Brasília.

3 A idéia de usar a perspectiva de gênero para examinar os efeitos do Programa Bolsa Família foi proposta pelo Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo Britânico (DFID), que financiou esta pesquisa. O Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) desenvolveu-a e, para esse fim, propôs e supervisionou a realização desta avaliação. A coordenação da pesquisa ficou a cargo de AGENDE – Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento –, e os trabalhos foram realizados por uma equipe de pesquisa integrada por Ana Julieta Teodoro Cleaver, Marlene Libardoni, Marlene Teixeira Rodrigues, Mireya Suárez, Paula Foltran, Priscilla Maia, Rosa Helena Stein, Sandra Oliveira Teixeira, Simone Ribeiro Garcia e Wanderson da Silva Chaves.

observados, e nosso objetivo é sugerir ações de potenciação de suas capacidades para que possam interagir nos processos sociais e políticos e se tornarem co-responsáveis pelo cumprimento dos objetivos do Programa.

A base informativa deste relatório foi coletada em trabalhos de campo realizados em dez municípios da Federação durante os meses de março a junho de 2006: Belém (PA), Florianópolis (PI), Riachão (MA), São Luís (MA), Aracaju (SE), Candeias (BA), Passo do Camaragibe (AL), Belo Horizonte (MG), Chapada do Norte (MG), Ecoporanga (ES)⁴.

Belo Horizonte, São Luís, Belém e Aracaju são capitais de estados, com elevado grau de urbanização. Dois desses municípios, Candeias, no estado da Bahia, e Florianópolis, no estado do Piauí, constituem cidades de médio porte que se diferenciam pelo fato de Candeias ser o município onde a Petrobrás iniciou a produção e refino de petróleo, na década de 40 do século passado, enquanto Florianópolis é um município situado no sul do Piauí, que vem mostrando um grande dinamismo comercial e tornando-se um centro de oferta de educação, saúde e de prestação de outros serviços para a ampla região de fronteira interna que se estende ao sul do Piauí e do Maranhão.

Quatro são municípios predominantemente rurais que, entretanto, apresentam grandes diferenças. Passo do Camaragibe é um município situado no litoral norte de Alagoas e marcado pela onipresença da atividade açucareira na paisagem e na vida cotidiana e pela dependência do trabalho intermitente da usina, ao qual a maior parte das famílias camaragibanas está submetida. Ecoporanga, no Espírito Santo, é um município com uma viva história de conflitos agrários, porquanto as questões relacionadas ao desenvolvimento agrário, à posse da terra e à agricultura familiar estão colocadas no cotidiano dos moradores. Chapada do Norte é um município situado no sertão mineiro, na fronteira com o estado da Bahia, que preserva tradições culturais típicas das populações afro-brasileiras e comunidades remanescentes de quilombos. Riachão, um município maranhense situado na fronteira com o estado de Tocantins distingue-se por apresentar características acentuadas das regiões de fronteira interna brasileiras, especialmente no que se refere ao seu apego à tradição coronelista e a sua impermeabilidade à cultura da modernidade.

⁴ A seleção dos municípios baseou-se nos seguintes indicadores: (i) índice de desenvolvimento humano municipal; (ii) alto percentual de não brancos entre a população; (iii) alto percentual de cobertura do Programa Bolsa Família; (iv) proporção de população urbana e rural.

O conjunto desses dez municípios é marcadamente heterogêneo no referente a características imponderáveis, tais como localização geográfica, trajetória histórica e padrões sócio-culturais, e mensuráveis, como a urbanização, a educação, o trabalho, a renda e a moradia. Entretanto, apesar dessas grandes diferenças, todos esses municípios, com exceção de Belo Horizonte, se assemelham entre si em virtude de apresentarem acentuadas características do Brasil pobre, não-branco⁵, e com escassas oportunidades de mobilidade social.

Belo Horizonte foi incluído por contrastar acentuadamente com os outros municípios/capitais no referente à gestão do Programa, considerada modelar, a baixa proporção de população excluída e de população não-branca: 46%, em relação a Belém, 68,2%, São Luís, 68,5%, e Aracaju, 64,3%. Isto implica que a exclusão baseada em critérios de cor/raça atinge uma parcela menor dos habitantes de Belo Horizonte ou, dito mais diretamente, há menos gente discriminável nessa capital⁶. Ainda a respeito desse tipo de exclusão, importa notar que, em todos os municípios, qualquer que seja a proporção da população excluída, as taxas de desemprego e de emprego informal são mais elevadas entre as mulheres que entre os homens, e ainda mais entre as mulheres não-brancas⁷. Como decorrência, as piores condições de vida recaem sobre as mulheres pobres e negras (SOARES, 2000).

Os trabalhos de campo centraram a atenção nas mulheres que recebem os benefícios (que, no caso de todas as entrevistadas, têm filhos, netos ou, até mesmo, outras crianças sob sua guarda) e nos agentes governamentais ligados direta ou indiretamente à gestão do Programa (gestores, secretários/as municipais, funcionárias/os dos Centros de Referência da Assistência Social e outros servidores públicos). As informações obtidas dessas pessoas foram colhidas por meio de

5 A expressão não-branco agrega as categorias censitárias preto, pardo, indígena e amarelo. Entretanto, importa ressaltar que se refere majoritariamente a pretos e pardos, em virtude deles constituírem mais de 95% dos não-brancos.

6 A associação que fazemos entre exclusão social e população não-branca está amparada nas constatações da discriminação baseada na cor/raça manifestar-se nas piores condições de vida dos afrobrasileiros (PAIXÃO, 2003; HASENBALG, 2005) e nas suas menores oportunidades de mobilidade social (OSÓRIO, 2004; HASENBALG, 1988).

7 A literatura que articula gênero e raça mostra que, embora as discriminações baseadas no gênero, na classe e na cor/raça sejam conceituadas como fenômenos distintos, na prática elas são vivenciadas ao mesmo tempo pela pessoa (SOUZA, 1990; CRENSHAW, 2002), produzindo o fenômeno da tríplice discriminação das mulheres pobres e negras. Todavia, o reconhecimento da situação das mulheres negras está em falta até mesmo no âmbito dos direitos humanos (AGENDE, 2006).

um questionário semi-estruturado aplicado a 145 beneficiárias e a 54 agentes governamentais⁸. Além disso, realizaram-se 30 grupos focais com beneficiárias, entrevistaram-se lideranças políticas locais e integrantes de organizações da sociedade civil e observaram-se as moradias e bairros das famílias beneficiárias e as instalações governamentais disponíveis para a gestão.

O cotejo dos dados sócio-demográficos e dos dados de campo mostra que as grandes diferenças existentes entre os municípios em termos de urbanização/ruralidade, trajetória histórica e cultural, e índices educacionais, de emprego e de condição de vida, não se fazem acompanhar de diferenças equivalentes entre as beneficiárias e suas famílias. Onde quer que estejam elas se parecem, em virtude de viverem em espaços sociais marginais e compartilhar condições de existência muito parecidas. Entende-se também que essa homogeneidade das famílias e mulheres muito pobres decorre não apenas da conhecida exclusão social, como também do surgimento, no âmago dos bairros que habitam, de modos de vida e orientações culturais particulares que obedecem ao *saber* vindo da condição muito objetiva de viver em extrema carência⁹.

Quando a realidade vivida por outro é intolerável, não é possível descrevê-la, sendo preciso ceder a voz a quem a vive. Por essa razão, trazemos a este texto a voz de Severina:

“Melhorou muito a vida. Antigamente aqui não tinha nada para os pobres. Eu não tinha ajuda nenhuma. Meus filhos ia, até para a escola, com fome. Os que estudava de manhã ia sem café, porque a gente não tinha condições. Quando era na tarde, se tinha comida ia com a barriginha cheia, se não tinha ia com a barriginha seca. O que eu tenho agora o governo botou. Para mim foi muito, e para muita gente não só daqui da Barra, mas de muito lugar.”

Perante as cruas realidades observadas e a inequívoca postura de aprovação do Programa Bolsa Família, tanto por parte de todas as beneficiárias como da

8 O questionário contém 52 perguntas: 15 específicas para beneficiárias, 13 específicas para agentes governamentais e 24 comuns às duas categorias.

9 Esse saber gerado pelas condições objetivas de existência é objeto central na obra de Pierre Bourdieu, que a ele se refere com o conceito de práxis (BOURDIEU,1990).

maioria dos integrantes das equipes de gestão, entendemos que a transferência de renda precisa tornar-se direito de cidadania para firmar sua continuidade, visto que responde a uma urgência de natureza ética e moral, cumpre com exigências básicas do sistema nacional e internacional de proteção aos direitos humanos e se constitui em passo importante para a afirmação do Estado de Bem-Estar Social.

Entendemos também que o aperfeiçoamento do Programa passa, necessariamente, pela potenciação das beneficiárias. Isto implica, entre outras coisas, a quebra do isolamento social e da desinformação que limita suas possibilidades de contribuir de maneira mais efetiva na consecução dos objetivos do Bolsa Família.

2 Perfil dos Grupos Domésticos Visitados e Isolamento das Beneficiárias

Embora o modelo de familiar nuclear seja preferencial e a maior parte dos grupos domésticos (54%) se estructurem dessa forma¹⁰, uma parcela muito significativa desses grupos apresenta, na realidade, uma estrutura familiar diferente dessa. O cônjuge (marido ou companheiro) está ausente em 46% do total dos grupos domésticos, configurando uma estrutura familiar monoparental, como também convivem nas residências outras pessoas ademais de pai, mãe e filhos. A Tabela 1 mostra que, do total de 521 pessoas que, afora as beneficiárias do Programa, compõem os grupos domésticos visitados, 79,3% são cônjuges e filhos delas e 20,7% são pessoas com algum outro vínculo de parentesco com elas ou, até mesmo, com algum tipo de relação distinta ao parentesco, sendo que mais da metade são netos/as e sobrinhos/as que se encontram sob a sua guarda. A presença dessas crianças nos grupos domésticos revela a prática das beneficiárias de substituir mães ausentes, principalmente filhas e irmãs.

10 Também chamada de família conjugal, consiste em um homem, uma mulher e seus filhos, biológicos ou adotados, habitando num ambiente comum.

Tabela 1: Composição dos grupos domésticos segundo relação com a beneficiária

Relação com a Beneficiária	N.º	%
Cônjuge	79	15,2
Filhos/as	334	64,1
Subtotal	413	79,3
Netos/as	44	8,4
Sobrinhos/as	19	3,6
Pai ou sogro	3	0,6
Mãe ou sogra	12	2,4
Irmãos	5	1,0
Irmãs	7	1,3
Outros	18	3,4
Subtotal	108	20,7
Total	521*	100,0

* As 145 beneficiárias entrevistadas não estão incluídas neste total.

Fonte: Base de dados da pesquisa O Programa Bolsa Família e o Enfrentamento das Desigualdades de Gênero – MDS/AGENDE, 2006

A composição dos grupos domésticos, por si mesma, indica que o cumprimento das condicionalidades envolve principalmente as mulheres que recebem o benefício, em virtude da figura do marido ou companheiro estar ausente em muitos deles. Além disso, a presença do cônjuge, na maioria dos grupos domésticos, não influi muito quanto ao cumprimento das condicionalidades porque a postura da mãe pesa mais do que a do pai na tomada de decisões referentes à educação, saúde e tudo que tenha a ver com os filhos. Sozinhas ou acompanhadas, a feminilidade das mulheres entrevistadas se firma na maternagem, entendida como o desempenho do papel de cuidar de crianças, seja na qualidade de mãe, seja na de mãe substituta. Por essa razão, a preferência outorgada às mulheres na formulação do Programa veio a ser altamente legítima¹¹ e a fortalecer a condição social de quem, por orientação cultural e subjetividade individual, está posicionada da maneira mais adequada para zelar pelas novas gerações.

11 O parágrafo 14 da Lei n.º 10.863 estabelece que “O pagamento dos benefícios previstos nesta Lei será feito preferencialmente à mulher, na forma do regulamento”.

Uma das características associadas à modernidade é a construção da feminilidade como essencialmente dádiosa e, por conseqüência, a atribuição às mulheres dos papéis ligados ao cuidado dos outros, quer sejam seus filhos e outros membros de suas famílias, quer sejam os doentes ou quaisquer outros necessitados de apoio. Porém, essa construção moderna da feminilidade não parece firmada na classe à qual as beneficiárias do Programa pertencem. Os diálogos estabelecidos com as mulheres durante o trabalho de campo sugerem que a feminilidade não se fundamenta em *ajudar* aos outros de forma generalizada, mas em *ser responsável* pelos filhos próprios e pelos da mãe que *não dá conta sozinha*. A esse etos de responsabilidade limitada às crianças chamamos de *maternagem*, para distingui-lo do etos da *maternidade*, mais biológico e restrito.

O fato de tias e, principalmente, avós assumirem o cuidado de crianças que não são seus filhos biológicos é percebido às vezes como ilegítimo ou, até mesmo, ilegal por muitos agentes governamentais atuantes na gestão do Programa, cujo argumento é que as mulheres fazem isso para obter o benefício. Desconsiderando ou ignorando a importância social dessa cumplicidade entre mulheres e a legitimidade cultural da maternagem, muitos deles não conseguem perceber que é justamente o contrário, no sentido de que não cuidam de crianças para obter o Bolsa Família, mas procuram obter este benefício para cuidar de crianças, especialmente quando estas se encontram em situações de risco.

A legitimidade da preferência dada às mulheres pelo Programa ficou evidenciada pelo fato de nenhuma beneficiária e um número insignificante de agentes governamentais (1,7%) terem dito que elas não deveriam receber o benefício. A argumentação mais freqüente entre as beneficiárias é que as mulheres cuidam e administram melhor que os homens porque, por serem mães, têm maior contato com os filhos. A argumentação dos agentes governamentais também evoca questões ligadas à maternidade, mas o acento é posto no fato de as mulheres terem maior contato com o cotidiano da casa. Seja a ênfase posta nas crianças ou na casa, o entendimento mais generalizado é que as mulheres devem ser as titulares do benefício porque são elas as que *sabem como fazer*.

Além do benefício recebido do Bolsa Família e dos programas remanescentes, a renda de alguns dos grupos domésticos é incrementada com benefícios procedentes

do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, bem como das aposentadorias de pais e sogros das beneficiárias e de prestações continuadas. A importância desse tipo de renda para a sobrevivência do grupo familiar é apontada por todas as entrevistadas, subjazendo nos seus discursos as idéias opostas de terem o direito ou de estarem recebendo uma dádiva do governo. Essas diferenças de enunciação estão relacionadas ao grau de modernização do município de onde a beneficiária fala, mas principalmente ao seu grau de escolaridade. Beneficiárias analfabetas ou com baixa escolaridade entendem que se trata de uma dádiva, quer morem no urbano São Luís ou no rural Riachão, mas esse entendimento é muito mais freqüente em Riachão do que em São Luís, onde a idéia de direito está mais firmada.

Os grupos domésticos visitados são integrados por pessoas que sofrem o desemprego, mas, principalmente, são pessoas que, por lutarem contra a inatividade, devem enfrentar cotidianamente a incerteza do emprego, do *bico* que poderá aparecer no dia de amanhã ou do ganho que suas atividades por conta própria poderão render. As beneficiárias não escapam dessas incertezas. Uma terceira parte do total de 145 beneficiárias entrevistadas não desempenha nenhuma atividade remunerada, onze prestam serviços contínuos com carteira assinada, 44 prestam serviços eventuais em domicílios ou nas lavouras e 37 praticam atividades por conta própria, dentre as quais a mais freqüente é o comércio informal.

Embora a exclusão do mercado de trabalho seja certamente preocupante, o que preocupa ainda mais é o extremo isolamento em que essas mulheres realizam suas atividades cotidianas, sejam elas cuidados de reprodução da vida ou, até mesmo, alguns dos trabalhos remunerados que fazem.

A segregação residencial das cidades brasileiras concentra os pobres em bairros onde as oportunidades são muito limitadas, ao mesmo tempo em que lhes restringe o contato com as redes de emprego como também o acesso à informação sobre os papéis que poderiam desempenhar e as oportunidades que poderiam encontrar para além de suas vizinhanças. A mais da segregação espacial dos bairros onde moram, as beneficiárias têm sua sociabilidade limitada também pelo fato de seus cotidianos acontecerem no espaço da casa e da vizinhança e de realizarem seus labores em grande isolamento, impedindo-as de levar uma vida em articulação política com os outros.

Observa-se, na Tabela 2, que dentre as 1.290 atividades realizadas pelo conjunto de beneficiárias entrevistadas, apenas 7,3% se relacionam com o trabalho remunerado. Pouco mais da metade de todas as atividades arroladas são labores realizados sem remuneração para o próprio grupo doméstico (48,7%) ou para outros grupos domésticos (2,2%), geralmente nas casas das mães e outros parentes. Dentre esses cuidados, a limpeza da casa, a preparação de alimentos, a lavagem de roupas e o atendimento das crianças são os quatro mais citados.

As atividades de sociabilidade e/ou lazer também foram bastante citadas (26,5%). Entretanto, ver televisão na própria casa, e mesmo na casa de outros, é a atividade de lazer mais citada, seguida de dormir ou descansar. As visitas a parentes e amigos são, de longe, as mais frequentes dentre as atividades de sociabilidade, enquanto brincar com os filhos e passear nas ruas, praças e parques aparecem com muito menor frequência.

Fora a casa, o espaço de interação mais importante é a igreja. Assistir à missa ou culto ou, simplesmente, ir à igreja são as atividades religiosas mais importantes. Assim mesmo, a participação em agrupamentos religiosos deve ser notada porque, embora pouco expressiva numericamente (9,3%), é mais elevada que as atividades educativas e políticas, o que mostra que a igreja é praticamente o único lugar onde as mulheres se encontram e interagem.

Tabela 2: Atividades desempenhadas pelas beneficiárias

Lugares da Atividade	N.º	%
Trabalhos Remunerados	92	7,3
Trabalho não Remunerado para o Grupo Doméstico	629	48,7
Trabalho não Remunerado para Fora do Grupo Doméstico	29	2,2
Sociabilidade/lazer	342	26,5
Religiosas	120	9,3
Educativas	45	3,5
Políticas	13	1,0
Respostas inválidas	20	1,5
Total de Atividades	1.290	100

Fonte: Base de dados da pesquisa O Programa Bolsa Família e o Enfrentamento das Desigualdades de Gênero – MDS/AGENDE, 2006

Outro indicador de isolamento social é que as mulheres realizam essas atividades, em 60,5% dos casos, sozinhas, sem auxílio, companhia ou participação de quem quer que seja. As crianças de quem cuidam (filhos, netos e sobrinhos) são as companhias mais mencionadas, respondendo por quase a metade do total de acompanhantes. A outra metade é constituída por mães e cônjuges e, com frequências bastante baixas, amigas, colegas ou vizinhas.

O isolamento social também fica patente quando se examinam os espaços por onde circulam as beneficiárias para realizar suas atividades. Como se pode apreciar na Tabela 3, a casa e o quintal respondem por 63% dos 1.222 espaços registrados e neles se realizam não apenas os cuidados domésticos, como também alguns dos trabalhos remunerados. Dentre as atividades que acontecem fora desses dois espaços, a maior parte é levada a efeito em função da maternagem (como levar as crianças à escola e ao posto de saúde) ou do papel de dona de casa (como comprar nas feiras e nos mercados e lavar roupas em rios ou chafarizes). As casas dos empregadores/as, os campos de cultivo ou as praias e mangues são lugares onde se realizam trabalhos remunerados, respondendo por apenas 2,5% do total dos espaços. Estabelecimentos comerciais, onde eventualmente adquirem móveis e eletrodomésticos, e sedes de organizações comunitárias, sindicais e partidárias são pouco freqüentados. Já as igrejas aparecem como lugares de visitação significativa (9,8%) porque oferecem tanto a oportunidade de cultivar como também de entrar em contato com outras pessoas.

Tabela 3: Espaços de realização das atividades das beneficiárias

Lugares da Atividade	N.º	%
Casas/quintais das beneficiárias	762	63,0
Escolas	77	6,3
Feiras ou mercados	14	1,1
Postos de saúde ou hospitais	10	0,8
Rios ou chafarizes	9	0,7
Casa do empregador(a), campo de cultivo ou praia/mangue	30	2,5
Estabelecimento comercial	6	0,5
Sede de organizações	10	0,8
Igreja	118	9,8
Outro lugar no próprio bairro	117	9,6
Outro lugar em outro bairro	49	4,0
Outro lugar em outra cidade	11	0,9
Total de Espaços	1.213	100

Fonte: Base de dados da pesquisa O Programa Bolsa Família e o Enfrentamento das Desigualdades de Gênero – MDS/AGENDE, 2006

O comparecimento às sedes de organizações é muito restrito e se associa ao fato de nenhuma delas integrar grupos formados fora de seus bairros de residência. Além disso, dentre as 145 beneficiárias entrevistadas, muito poucas se afiliam a partidos políticos (0,2%), sindicatos (0,1%) ou associações (0,5%). Potencializando esse dado, está o fato de nenhuma das entrevistadas saber da existência do Conselho do Programa Bolsa Família, muito menos dele participar.

A reclusão na própria vizinhança pode ser também deduzida dos baixos percentuais de atividades realizadas em outros lugares do próprio bairro, de outros bairros e de outras cidades. Dentre estas atividades, 9,6% ocorrem em algum lugar do próprio bairro, enquanto atividades praticadas em outro bairro respondem por 4,0% do total dos espaços e as realizadas em outra cidade apenas por 0,9%, dentre elas o comércio informal.

Um outro indicador de isolamento social é o tempo de percurso ou deslocamento requerido para a realização das atividades. Conforme pode ser apreciado na Tabela 4, a maior parte das atividades não exige deslocamentos (59,6%) porque ocorrem na casa ou no quintal. Quando a realização das atividades requer sair da casa, os percursos de menos de 15 minutos, realizados na vizinhança e sempre feitos a pé, respondem por 13,3% do total dos tempos de percurso. Os percursos entre 15 a 30 minutos geralmente levam as beneficiárias para além da vizinhança, mas ainda dentro do bairro onde moram, e respondem por 11% de todos os percursos.

Tabela 4: Tempo de percurso requerido para a realização das atividades

Tempo de Percurso	N.º	%
Sem tempo/percurso	769	59,6
Menos de 15 minutos	172	13,3
Entre 15 e 30 minutos	142	11,0
Mais de 30 minutos e menos de 1 hora	84	6,5
Entre 1 hora e 1 hora e trinta minutos	39	3,0
Mais de 1 hora e 30 minutos e menos de 2 horas	26	2,0
Entre 2 e 3 horas	10	0,8
Mais de 3 horas	3	0,2
Total dos Tempos de Percurso	1.245	96,5

Fonte: Base de dados da pesquisa O Programa Bolsa Família e o Enfrentamento das Desigualdades de Gênero – MDS/AGENDE, 2006

Os deslocamentos com duração de mais de 30 minutos respondem por apenas 12,5% do total dos percursos e são, geralmente, realizados em ônibus ou outro tipo de veículo, para fazer compras nas feiras ou mercados, praticar o comércio informal, fazer compras eventuais em estabelecimentos comerciais, procurar hospitais, pagar contas, receber benefícios diversos, inclusive do Bolsa Família, e outras diligências que não são cotidianas.

Ainda com relação ao isolamento social é importante examinar o papel que as beneficiárias desempenham quando realizam suas atividades. Os papéis de dona de casa, de mãe, de avó, de esposa e de filha respondem por quase 60% do total de papéis desempenhados na realização de suas atividades. Os 40% restantes são papéis assumidos enquanto praticantes de alguma religião ou de algum tipo de sociabilidade ou lazer expresso, por exemplo, no ato de dormir ou visitar parentes. Nesse restante também estão incluídas performances de feminilidade, como o embelezamento, e as reduzidíssimas atuações políticas, que respondem apenas por 0,6% do total dos papéis desempenhados.

Ao passo que o isolamento é o fato marcante das beneficiárias e suas famílias, a centralidade das ações destinadas à atualização do Cadastro Único é o fato marcante da atuação das equipes de gestão.

3 Concentração de Esforços no Cadastramento Único

O fato mais notável registrado durante as observações de campo refere-se à centralidade do Cadastramento Único¹², manifesta na atenção quase exclusiva dada pelas equipes de gestão ao recadastramento das famílias, à identificação das famílias pobres e à seleção, dentre elas, daquelas a serem cadastradas.

¹² O Cadastramento Único dos Programas Sociais do Governo Federal, geralmente referido como CadÚnico, foi instituído em 2001, constituindo-se no instrumento pelo qual os municípios coletam os dados referentes às famílias pobres para processamento posterior pela Caixa Econômica Federal, com o objetivo de formar uma base de dados para a oferta de benefícios e serviços à população abaixo da linha de pobreza.

A centralidade do CadÚnico, em detrimento quase total de qualquer outra atividade, se explica, em parte, pelo fato fortuito do recadastramento de todas as famílias que já recebiam benefícios do Bolsa Família ou dos programas remanescentes estar acontecendo durante o período em que foram realizados os trabalhos de campo. Demandante para os gestores e aflitivo para as famílias, o recadastramento reclamava todos os esforços. Porém, para a centralidade do CadÚnico também concorreu o fato de os Programas locais estarem em processos de implantação e as equipes de gestão ainda não terem tido tempo para pensar nem, muito menos, estabelecer parcerias e ações intersetoriais para a concretização dos programas complementares previstos desde maio de 2005, mas somente especificados com maior detalhe em abril de 2006¹³.

Não cabe neste artigo examinar a institucionalização do Programa no âmbito local, mas pelo menos dois fatos precisam ser destacados. O primeiro se refere ao consenso existente nas equipes gestoras de que a implantação do Bolsa Família, um programa cuja magnitude não tinha precedentes nos municípios, colocou, como primeiro desafio, a insuficiência da infra-estrutura existente e a necessidade de serem criadas, com urgência, condições organizacionais para sua execução, tanto no que diz respeito ao pessoal quanto ao espaço físico e à aquisição de equipamentos. Expressões jocosas a respeito da chegada do Bolsa Família como *um trem desgovernado, arrasando tudo que estava no caminho* ou como *um boeing no pequeno espaço da Secretaria*, revelam os esforços que a implantação do Programa vem exigindo e a boa disposição das equipes de gestão de cumprir com essas exigências.

O segundo fato a destacar é que da realização desses esforços participam majoritariamente mulheres. Dentre os envolvidos nas gestões, direta ou indiretamente, as mulheres constituem a grande maioria (84,5%) e, dentre elas, a maior parte é formada em serviço social ou compartilham do etos dessa profissão. Tradicionalmente associada ao cuidado e à ajuda, a identidade dessa profissão tem cara de mulher, não tanto por ser integrada massivamente por mulheres, mas

13 A Portaria GM/MDS n.º 246, de 27 de abril de 2006, estabelece que o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome transferirá recursos para os municípios em apoio à realização de uma série de modalidades de atividades, entre essas, as relativas à oferta de programas complementares em cinco áreas: a) alfabetização e educação de jovens e adultos, b) capacitação profissional, c) geração de trabalho e renda, d) acesso ao micro-crédito produtivo orientado, e) desenvolvimento comunitário e territorial.

por se lhe pensar feminina no sentido de se oferecer, ou se abrir, para a interação com os outros (RIVIERA GARRETA, 2001). Entende-se que a imagem de feminilidade atribuída à profissão passa a ser incorporada por muitas dessas gestoras e, ainda mais, que boa parte do desempenho do Programa Bolsa Família repousa na incorporação dessa imagem pelas mulheres que integram as equipes de gestão.

Voltando à centralidade do CadÚnico, examinam-se a seguir as quatro maneiras como as diversas equipes gestoras têm dado resposta a essa exigência posta pelo Programa, referidas aqui como tipos de gestão. Um deles é a gestão que se ocupa exclusivamente da feitura do CadÚnico, representado por Candeias e Floriano, onde essa atividade ocupa todo o tempo das equipes gestoras, de modo que o Programa se resume quase que exclusivamente à atualização da base cadastral. Em Candeias, a dimensão adquirida por essa atividade se expressa no fato da sigla *CadÚnico* ser sinônimo de Programa Bolsa Família e dele se constituir em unidade administrativa independente, com espaço físico próprio (LIBARDONI & MAIA, 2006). Também em Floriano o Programa se reduz a uma só atividade: cadastrar e manter atualizada a base de dados, materializada no CadÚnico, com as famílias passíveis de serem atendidas (STEIN & TEIXEIRA, 2006).

Belém e Chapada do Norte apresentam um segundo tipo de gestão, caracterizada pelo pouco avanço alcançado para além do ato formal de assinatura do convênio de adesão. No período em que se realizaram os trabalhos de campo configurava-se o tipo de gestão que dava atenção exclusiva ao CadÚnico, sem que, entretanto, os esforços investidos e a eficácia dessa ação fossem comparáveis aos observados em Candeias e Floriano. A defasagem entre essas duas gestões e as outras se explica, possivelmente, pelo fato das equipes ou pessoas executoras carecerem de legitimidade ou de prestígio, em razão do Programa ainda não ter sido apropriado pelos poderes municipais.

Um terceiro tipo de gestão é aquela que, embora extremamente ocupada com a confecção do CadÚnico, ainda encontra tempo para idealizar e programar ações futuras. Incluem-se nesta categoria as gestões de São Luís, Ecoporanga e Passo de Camaragibe, onde as exigências do CadÚnico ocupam quase que integralmente a equipe do Programa, mas assim mesmo planejam a realização

de ações para a ampliação futura do escopo das atividades do Programa. Em São Luís, há a intenção de organizar grupos de beneficiárias para a oferta de cursos profissionalizantes e cursos temáticos que abordem a cidadania e a participação política. Animada pela mesma idéia, projeta-se, ainda, a realização de visitas domiciliares e reuniões para promover a atitude participativa entre as beneficiárias (FOLTRAN, 2006). Em Ecoporanga, a proposta é trabalhar juntamente com os membros do Conselho Municipal do Bolsa Família, articular as áreas afins, realizar atividades complementares e fomentar as visitas domiciliares junto às famílias beneficiárias, com o intuito de divulgar e acompanhar a execução local, o andamento e os impactos do Programa (CLEAVER, 2006a). A Secretária de Assistência Social de Passo de Camaragibe nota que a elaboração da base cadastral é a atividade que vem ocupando toda a equipe, mas que assim mesmo, atividades de informação e capacitação estão sendo programadas (SUÁREZ, 2006a).

Belo Horizonte, Aracaju e Riachão configuram o quarto tipo de gestão, onde se constata a centralidade do CadÚnico, mas também o empenho em realizar ações para além do mesmo, embora as ações observadas em Belo Horizonte e Aracaju sejam radicalmente diferentes das observadas em Riachão.

Em Belo Horizonte, a intersetorialidade é mais desenvolvida e se praticam diversas ações, tais como o encaminhamento de jovens ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, das mulheres e jovens às iniciativas de geração de emprego e renda e ao Programa de Educação de Jovens e Adultos, que atende majoritariamente mulheres (RODRIGUES, 2006).

Em Aracaju, profissionais ligadas aos Centros de Referência da Assistência Social realizam visitas domiciliares para encaminhar os membros das famílias à rede de proteção social municipal, que inclui ações praticadas por organizações da sociedade civil, dentre as quais se destacam a realização de cursos profissionalizantes para jovens e beneficiárias, as ações de combate à violência contra as mulheres e programas voltados a crianças. Programas de alfabetização de idosos, cursos profissionalizantes e programas de geração de renda são destinados prioritariamente às beneficiárias do Bolsa Família (GARCIA, 2006).

Em Riachão, o tempo investido pela equipe de gestão para atualização do CadÚnico é muito grande, mas se realizam ações dirigidas ao fortalecimento da agricultura familiar através de atuação conjunta com o Programa Nacional de Agricultura Familiar e o Programa de Compra Local, conduzidos pela Secretaria de Agricultura. Realizam-se também ações de mobilização das famílias. Porém, essas ações, em desacordo total com a formulação do Programa Bolsa Família, adquirem a fisionomia da prática tradicional de estabelecer contatos personalizados com os membros das famílias beneficiárias, com objetivos eleitoreiros (SUÁREZ, 2006b).

A concentração dos esforços no Cadastramento Único acarreta vários inconvenientes, dentre os quais aqui se destacam a demora em firmar ações intersetoriais e parcerias e, da perspectiva de gênero, a indisponibilidade de tempo das equipes de gestão do Programa para centrar atenção na potenciação das beneficiárias enquanto verdadeiras co-responsáveis pelo mesmo.

Parece chegado o momento de avaliar em que medida a concentração dos esforços no meio CadÚnico compromete a consecução dos fins do Programa. Ou, dito de outro modo, haveria que fazer do equilíbrio da execução local do Programa um objeto de ponderação minuciosa. Como se viu, a concentração de esforços das equipes gestoras nessa atividade limita severamente o tempo para animar a intersetorialidade junto às secretarias de educação e saúde e para firmar parcerias junto aos diversos órgãos e instituições governamentais e não governamentais para propiciar a oferta dos programas sociais complementares.

Em conformidade com a legislação e a normativa do Programa Bolsa Família, cabe a cada município, *de acordo com suas possibilidades*, instituir programas complementares federais, estaduais e municipais a fim de potencializar as ações já empreendidas. Essa diretriz, aberta por ser democrática, atribui responsabilidades às equipes gestoras deixando-as em liberdade para conceber e implantar ações ajustadas às especificidades de cada município. Esse desenho democrático, nem sempre valorizado, até mesmo pelas equipes gestoras, deve ser mantido a despeito das muitas demandas em contrário. Contudo, o aperfeiçoamento das gestões locais requer a inclusão, nas diretrizes de atribuições específicas dos municípios, de atuações necessárias para a potenciação das capacidades das beneficiárias, pelo

fato de serem elas as principais co-responsáveis pela consecução dos objetivos do Bolsa Família.

Com efeito, embora a atenção às beneficiárias esteja presente como projeto ou como prática nas gestões observadas, a maior parte das ações tem o objetivo de educá-las, de aperfeiçoar a comunicação com elas, e de estimular a geração de emprego e renda entre elas. Exemplificando com as gestões que efetivamente têm ido além da feitura do CadÚnico, nota-se que, em Aracaju, a alfabetização de idosos, os cursos profissionalizantes e os programas de geração de renda são destinados prioritariamente às beneficiárias ou outros membros de suas famílias. Também em Belo Horizonte, as beneficiárias e suas famílias são encaminhadas aos programas de geração de emprego e de qualificação profissional, sendo que o Educação de Jovens e Adultos atende majoritariamente às mulheres e, dentre elas, a um grande contingente de beneficiárias do Bolsa Família.

A necessidade de se quebrar o isolamento social das beneficiárias não é sequer pensada nos municípios visitados, com a única exceção de São Luís, onde a gestão planeja ações futuras para esse fim. Isto ocorre, em parte, porque no desenho do Programa, como também na regulamentação do mesmo, não está prevista a potenciação das capacidades das beneficiárias para atuarem como co-responsáveis pelo cumprimento dos seus objetivos. Com efeito, o Programa aproveita-se da cultura da maternagem sem, entretanto, considerar a necessidade de apoiar o avanço pessoal das mulheres para que possam participar em condições de igualdade nos processos sociais e políticos que afetam seus interesses e, conseqüentemente, participar consciente e ativamente no Programa do qual são beneficiárias.

4 Conhecimento Local sobre o Programa

A participação das beneficiárias se vê muito limitada pela quase total desinformação sobre a regulamentação e objetivos do Programa que, por sinal, não afeta somente a elas como também às equipes de gestão. Por se tratar de um Programa de recorte tecnocrático, assentado mais na eficácia técnica do que nas práticas interativas, grande parte das ações mais basilares da gestão se concentra

no governo federal. Essa condução tecnocrática tem vantagens e desvantagens, cuja apreciação não cabe neste artigo, mas é necessário sublinhar que, dado esse fato, ao repasse de informação aos municípios deve ser dada mais atenção do que a que mereceu até o momento. A falta de informação se evidencia em que, além das providências que devem ser tomadas para receber o benefício, as beneficiárias nada sabem sobre a natureza do Programa e o conhecimento dos agentes governamentais se limita às ações desenvolvidas no espaço de sua atuação.

Um conjunto de perguntas foi formulado, tanto às beneficiárias como aos agentes governamentais, com o objetivo de compreender a forma como a gestão se realizava em cada um dos municípios visitados e de cotejar o conhecimento que as duas categorias tinham sobre o mesmo. Devido à falta de informação e à disparidade das respostas, essa estratégia não permitiu compreender a forma como a gestão se realizava, mas revelou, inesperadamente, que as beneficiárias nada sabem a respeito do funcionamento do Programa e muito menos do princípio de cidadania que o orienta, como também que a imensa maioria das/os envolvidas/os com a gestão não têm uma visão da totalidade de seu funcionamento, percebendo partes específicas e tarefas parciais. Com raras exceções, esses agentes governamentais não percebem, ou não mostraram perceber, a noção de *política de renda da cidadania* nem, muito menos, a razão de sua existência. A parte do Programa conhecida é sua dimensão e prática local, a partir das quais não é possível captar a totalidade de sua gestão nem os avançados princípios que orientam seu desenho. Essa contingência dificulta a interlocução entre as gestões locais e entre estas e o órgão gestor federal do Programa (MDS) e o órgão operador (Caixa Econômica Federal), comprometendo a conjugação de esforços entre os entes federados prevista no desenho do Programa.

Com a exceção de Belo Horizonte, a falta de acesso à informação das decisões tomadas pelo MDS e pela Caixa Econômica Federal é uma queixa recorrente por parte das equipes de gestão. A situação de terem de enfrentar a demanda por informação por parte das beneficiárias e a impossibilidade de darem essa informação é apontada por todos como fonte de tensão constante entre as equipes gestoras e as beneficiárias. Os seguintes depoimentos são ilustrativos:

“O desafio maior que a gente tem, eu acho que é na esfera federal. O maior problema que a gente tem com esse Programa é com esses cadastros que são enviados e que não retornam. A gente não sabe por que é que o cartão do beneficiário não chega. Aí vem denúncia, queixa, insatisfação, reclamação. As próprias beneficiárias reclamam, jogam a culpa na gente. É constrangedor, expõe muito o município.” (STEIN TEIXEIRA, 2006)

“Tem família que reclama: ‘mas o mês passado eu recebi 95, esse mês eu já recebi 30’. Quando a gente for analisar é porque algo mudou na família, mas ela não entende isso, o que ela entende é que antes ela recebia 90 e que esse mês só foi 30, e que a culpa foi da gente que mexeu no cadastro dela. Essa população precisa ser muito bem esclarecida sobre esse valor, sobre como é feito esse cálculo.” (SUÁREZ, 2006a)

Na realização das entrevistas e, principalmente, nos grupos focais, foi nítida a percepção, em todos os municípios visitados, de que as mulheres precisavam de respostas a muitas perguntas tais como:

“Por que eu recebo R\$45,00 e minha vizinha recebe R\$95,00? Por que eu recebia R\$45,00 e passei a receber R\$30,00? Por que minha vizinha foi cortada? Até quando eu vou ficar recebendo esse benefício? Por que o benefício não é igual para todas as famílias? Por que tem família necessitada que não recebe o benefício?” (FOLTRAN, 2006)

As equipes de gestão não têm respostas para essas perguntas ou, pelo menos, não as têm no momento em que são abordadas pelas beneficiárias. Existem problemas no fluxo de informações entre as distintas esferas de governo, entre estas e a Caixa Econômica Federal e entre todas as instâncias governamentais e as beneficiárias. Em geral, a informação que é disseminada pelo MDS e pela CEF chega defasada às equipes gestoras, aparecendo primeiro na televisão ou em cartas encaminhadas às beneficiárias sem maior comunicação com as gestões do Programa. Isso cria confusão entre as beneficiárias e tensão entre elas e as equipes gestoras, devido ao desencontro entre as informações dadas pelas equipes gestoras e aquelas recebidas por meio da televisão ou de cartas vindas da esfera federal. Conforme muitos depoimentos, os mal-entendidos são freqüentes e provocam situações em que a administração municipal torna-se alvo de contestações do tipo “*ah, mas o Governo Federal disse...*”. À falta de informação soma-se, na maior parte dos municípios visitados, o precário treinamento das equipes de gestão no manuseio do CadÚnico, em particular

no referente ao SIBEC e às inovações introduzidas pela criação do Sistema de Gestão de Benefícios¹⁴.

O Bolsa Família é um programa clássico dos Estados de Bem-Estar, sua lógica e seus princípios não são, portanto, conhecidos no âmbito das administrações municipais, o que leva os agentes de governo local a ver falhas no Programa, como o fato de não contemplar atividades específicas de profissionalização e de geração de renda. Essa crítica repetitiva sugere que escapa à percepção das gestoras/es a concepção política de garantir uma *renda da cidadania* para gerar capital humano ou para que as pessoas possam potencializar-se por meio do cumprimento das condicionalidades.

Visto desta perspectiva, a falta de atividades específicas de profissionalização e de geração de renda não é o que compromete a consecução dos objetivos do Programa, mas sim as práticas vigentes de informação e de comunicação entre os entes federados e entre estes e as beneficiárias, além da inexistência de oferta de saúde e educação efetivamente universalizadas e de boa qualidade.

Como essas questões escapam aos objetivos deste artigo somente se registra aqui que, perante o caráter inovador do Programa, as práticas comunicativas firmadas no decorrer da ação não são suficientes, razão pela qual a criação de um sistema de informação mais eficiente e fluente muito beneficiaria a consecução dos objetivos propostos.

Os problemas de interlocução dão margem a que a ênfase posta pelo Programa no fortalecimento do direito e da cidadania não seja captada, mas adaptada aos significados que beneficiárias e agentes governamentais lhe atribuem sem produzir, por efeito dessa apropriação, as mudanças de significação requeridas para se entender a idéia de *renda da cidadania*.

14 O SIBEC é um sistema on-line, gerenciado pela Caixa Econômica Federal, que foi desenvolvido para viabilizar a descentralização da gestão de benefícios do Bolsa Família. Para mais informações acessar o site www.mds.gov.br/bolsafamilia.

5 Formas de Apropriação do Programa Bolsa Família

Na sua realização, o Programa acaba sendo apropriado pelos diversos atores do contexto local, em conformidade com os ordenamentos mentais e significados de que dispõem e com suas experiências de participação, como gestoras/es ou beneficiárias/os, em outros programas de âmbito local ou federal.

A apropriação do Programa pelas beneficiárias se restringe ao recebimento de um dinheiro fixo, que possibilita o melhor cumprimento de sua responsabilidade de cuidar das crianças. Receber o benefício significa, para elas, cuidar melhor das crianças e, frequentemente, cuidar de mais crianças e, portanto, fortalecer seu papel central de maternagem e de coesão do grupo doméstico de que são responsáveis.

Referindo-se ao imperativo de desempenhar esses papéis, Garcia (2006) nota que, em termos éticos, não há outra escolha possível perante uma condição de vida tão precária, na qual a presença ou ausência da maternagem pode significar vida ou morte. A esse respeito, uma das beneficiárias entrevistada pela autora disse acreditar que o grande desafio de sua vida é nunca deixar os netos sentirem fome, poder dar-lhes *“pelo menos um pão que seja: Nunca quero que essas coisinhas passe fome, nem que fique nu ou descalço”*.

Muito embora o benefício seja visto, por muitos agentes governamentais, como um estímulo à *acomodação* dos membros das famílias, para as beneficiárias a certeza do recebimento de uma quantia determinada, num dia específico do mês, é percebida geralmente como uma *ajuda* para a aquisição de bens necessários à sobrevivência. Traduzindo numerosos depoimentos, o que as beneficiárias dizem é que o dinheiro foi uma ajuda muito grande porque o pouco dinheiro ganho pelo marido ou por elas mesmas não era suficiente para *passar*, de modo que havia vezes que não se podia comprar o alimento, nem as sandálias para as crianças frequentarem a escola.

Perante a remuneração incerta, advinda de trabalhos informais e instáveis, o benefício torna-se a única proteção *certa* da família e, nessas circunstâncias, as mulheres preferem não trabalhar fora para cuidar dos filhos e da casa. Uma

opção que também pode ser extensiva a outros membros do grupo doméstico que temem, desinformados ou certos, elevar a renda *per capita* da família com um emprego incerto e depois perderem o emprego e o benefício do Bolsa Família.

No que diz respeito aos agentes governamentais, as condicionalidades do Programa surgem como uma possibilidade de poder exigir das beneficiárias, ao menos, uma contrapartida pelo recebimento do benefício. Esse controle disciplinar, por parte dos agentes governamentais, se insere na lógica de uma moralidade burocrática tradicional alheia à idéia de que as políticas de transferência de renda expressam um direito cidadão.

Nos discursos de vários agentes governamentais, o controle disciplinar se fundamenta no fato de o benefício ser uma dádiva e não um direito, de modo que as preocupações se voltam para *o uso justo do dinheiro* e a subsequente vigilância sobre o destino dado ao dinheiro recebido pelas beneficiárias.

Ao relatarem as reuniões dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), em Aracaju (GARCIA, 2006), e dos Núcleos de Apoio à Família, em Belo Horizonte (RODRIGUES, 2006), as beneficiárias apontaram que as reuniões das quais participaram sempre tinham o propósito de discutir a boa ou ideal aplicação do benefício. Essa preocupação com o controle sobre o uso do dinheiro recebido e, portanto, com a limitação das opções de compra ocorre também quando do preenchimento do formulário de cadastramento. Nesse momento, a avaliação das condições do domicílio e dos bens (mobiliário, eletrodomésticos etc.) possuídos pela família serve de parâmetro discriminador de quem deve ou não receber o benefício.

Nos discursos de muitos agentes governamentais, ainda alheios à idéia de direito, o que se lê é uma preocupação quanto à obrigação das beneficiárias de dar uma contrapartida para que o pagamento não se configure caridade. Essa postura é muito claramente expressada por uma das integrantes da equipe de gestão quando indagada sobre a forma como o Programa poderia ser melhorado (SUÁREZ, 2006a):

“Veja bem, você dá um recurso por dar, só o dinheiro por dar, não tem sentido. Eu acho que o benefício tem de ser um gancho para você conseguir algo maior. Certo? Que é, por exemplo, a criança estar na escola... Dinheiro por dinheiro

é muito pouco. É claro que para eles é tudo, o que importa mesmo, mas para a gente que tem uma visão maior eu acho que é muito pouco ficar só nisso.”

Esse tipo de argumento foi, às vezes, articulado com a idéia de que, considerando que a educação dos filhos não é sempre um valor entre as famílias beneficiárias, a condição das crianças assistirem à escola é um meio de firmar a cidadania entre as famílias beneficiárias. Esta articulação entre o benefício, a assistência à escola e a cidadania não é nada comum e certamente precisa ser firmada.

Em virtude da dificuldade de perceber o benefício do Programa como um direito dos brasileiros pobres, muitos dos agentes governamentais deixam de lado a questão da contrapartida, para recorrer à idéia de que o benefício tem como finalidade oferecer uma ajuda para as os membros das famílias ganharem autonomia ao longo do período de sua vigência. A partir dessa idéia surgem inquietudes sobre a necessidade de se criarem cursos profissionalizantes e projetos de geração de renda. Dois depoimentos são muito ilustrativos:

“...a prioridade é para quem está no Bolsa Família, pra ver se a gente consegue sair dessa história de estar recebendo só benefícios. Essa é uma decisão de governo, estar aproximando essas famílias, porque nosso objetivo enquanto programa, enquanto secretaria é que estas famílias gerem autonomia, que não fiquem esperando somente esses benefícios.” (GARCIA, 2006)

“Que a gente não sabe até quando vai durar, que é um programa que teve início e que pode ter fim. Portanto, as famílias têm que se preparar para se desligar disso. Aí a gente está programando para esse ano muito curso de geração de renda e já orientei, tanto a assistente social como a psicóloga, trabalhar muito essas famílias que recebem o bolsa para participarem dessas capacitações, visando formar grupos de produção para que possam vir a se desligar do programa.” (SUÁREZ, 2006a)

Porém, a postura mais contundente nessa direção se observa no Programa de São Luís, que tem como referência o Programa Bolsa Familiar de Educação, um programa municipal precedente à Bolsa Família. Segundo agentes governamentais e beneficiárias, o Programa Bolsa Familiar de Educação era capaz de dar a devida atenção às famílias porque às mulheres bolsistas se ofereciam cursos de capacitação profissional com o objetivo de que assimilassem idéias empreendedoras e pudessem gerar sua própria renda. Segundo depoimentos, como o que se segue

(FOLTRA, 2006), a falha do Bolsa Família está em não acompanhar devidamente as beneficiárias em termos de capacitação:

“Não é apenas com a transferência de renda que a família consegue dar um salto. Isso acontece quando ela é acompanhada e no nosso Programa as famílias recebiam esse acompanhamento.”

O mesmo posicionamento esteve presente no grupo focal realizado com ex-beneficiárias da Bolsa Familiar de Educação, expresso na descrença da capacidade do Bolsa Família em acabar com a fome e a miséria e na necessidade de que, além da transferência de renda, as beneficiárias recebam capacitação profissional.

Com base nos dados acima examinados, a apropriação do Programa nunca passa pela idéia do benefício ser um direito de cidadania. Algumas das beneficiárias se aproximam um pouco mais dessa idéia por entenderem a transferência de renda como *ajuda devida a elas* para cuidar das crianças e contribuir com as despesas da casa. Mas, a idéia de direito não chega a consolidar-se nos seus discursos visto que a justiça do benefício, embora concebido como *devido*, sempre é justificada ou mediada pelo papel de maternagem que lhes cabe desempenhar.

A apropriação do Programa por parte dos agentes governamentais se afasta ainda mais da idéia de direito cidadão. Como se viu, o benefício pode ser concebido em associação estreita com o cumprimento das condicionalidades ou com o ganho de autonomia das famílias. Na primeira dessas concepções, o cumprimento das condicionalidades é percebido como a contrapartida obrigatória ao benefício recebido, gerando uma atitude de controle sobre o destino dado ao mesmo. Na segunda concepção, o cumprimento das condicionalidades cede lugar à capacitação para ganhar autonomia financeira, expressa na metáfora presidencial de não ser suficiente dar o peixe, mas ensinar a pescar. Nestes casos, a ênfase é posta na necessidade de se implantarem ações complementares de capacitação profissional.

6 Impacto do Programa na Condição Social das Beneficiárias

Identificaram-se, com a realização da pesquisa de campo, três claros impactos do Programa na condição social das mulheres beneficiárias. O primeiro

deles consiste na visibilidade das beneficiárias enquanto consumidoras. O fato de serem portadoras de um cartão e de receberem uma renda mensal fixa é comentado por agentes governamentais e beneficiárias como um grande ganho porque aumentou o poder de compra. Em Belo Horizonte (RODRIGUES, 2006), uma das beneficiárias assim o expressa:

“Se eu for falar, aconteceu com certeza, me ajudou muito. Ajudou em construção, ajudou em alimentação, medicação, [...] a gente sabe que se precisar pode, porque tem o dia certo de estar recebendo, sabe que é uma quantia que pode estar fazendo alguma coisa. Minha casa estava caindo e com o Bolsa Família eu consegui.”

É verdade que o acesso ao mercado e ao consumo, embora restrito, tem dado visibilidade às mulheres que recebem o benefício, sem que, entretanto, isso tenha gerado um movimento significativo de inclusão social. Agora elas são percebidas pelos comerciantes como clientes confiáveis, a quem se pode vender a crédito, mas esses relacionamentos comerciais não têm aumentado o prestígio social das mulheres, até porque as vendas são de baixo valor, nem têm contribuído substantivamente para a quebra do isolamento social descrito antes neste relatório, já que a maior parte das beneficiárias continua a fazer suas compras no âmbito da vizinhança e do bairro.

Visto dessa perspectiva, o impacto do Programa na condição de vida das mulheres tem ocorrido, sem qualquer dúvida e de maneira decisiva, no âmbito da sobrevivência, sem que, contudo, se estenda ao âmbito da afirmação concreta da cidadania. As respostas às indagações sobre as mudanças na cidade e na vida das mulheres articulam as idéias de que o Programa é um estímulo à economia local e uma contribuição essencial para a sobrevivência das famílias. O longo depoimento da uma gestora é, nesse sentido, revelador:

“A partir do momento que elas ganham algum dinheiro, elas estão sempre comprando, principalmente alimentos, mas não só alimentos: é uma roupa, é um calçado, é um material de escola. Então, eu acho que melhorou demais a economia local, o impacto foi muito positivo pelo dinheiro que circula dentro do município. Eu sei que existe muita crítica de que o governo dando essas bolsas não está ajudando porque está acomodando as pessoas. Pode até ter acontecido de algumas famílias até se terem realmente acomodado por estar recebendo a bolsa, mas eu acho que na grande, grande maioria faz uma diferença tremenda na vida delas receber ou não esse benefício. A prova

maior disso é que quando elas se vêm com a possibilidade de ser bloqueadas chegam de madrugada aqui, fazem plantão, brigam para ser atendidas, querem atualizar o cadastro, morrem de medo e explicam que dependem disso para comer. É pouco? É. Mas não querem perder em hipótese nenhuma. Mesmo quem ganha 15 reais, para ela isso faz diferença. Hoje mesmo recebi, antes de você chegar, uma pessoa: são 6 pessoas na casa dela e os 95 reais da bolsa é a única renda da família. Para essa família isso faz diferença. Não tem nem que ser discutido.” (SUÁREZ, 2006a)

O segundo impacto detectado pelo trabalho de campo refere-se à afirmação da autoridade dessas mulheres no espaço doméstico. Não se pode afirmar que o Programa mudou as relações de gênero tradicionais, algo que de forma alguma poderia ter acontecido no curto tempo transcorrido desde sua implantação. Em São Luís (FOLTRAN, 2006), uma das entrevistadas se refere aos limites da mudança trazida pelo Bolsa Família:

“As mulheres ficaram mais tranqüilas. Porque como o dinheiro é certo, não temos mais medo. A gente sabe que vai ter aquele dinheiro. Mas mudança mesmo na vida das mulheres, não teve.”

Sem prejuízo dessa afirmação, mas relativizando-a, no discurso das beneficiárias existem fortes sinais de que a capacidade de compra das mulheres vem suscitando alterações na hierarquia familiar pelo simples fato de as mulheres poderem, agora, fazer escolhas e, principalmente, negociar sua autoridade no âmbito doméstico.

À indagação de se as mulheres teriam passado a ter mais influência e a serem mais respeitadas pelos membros da família depois de receber o benefício, a maior parte dos depoimentos aponta mudanças muito significativas. Nos municípios mais rurais, a mudança é expressa em termos das mulheres serem mais respeitadas agora, tanto porque não dependem do marido ou companheiro como porque podem contribuir com os gastos da família. Nesses depoimentos (SUÁREZ, 2006a), a capacidade de fazer escolha não é percebida ou não é manifestada:

“Acho que sim porque já não tem que pedir ao marido.”

“É mais respeitada, sim. Porque a pessoa, precisando, já não vai pedir mais a ele e levar uma bronca.”

“Tem de ser bem respeitada porque quando falta um negócio já tem ajuda desse dinheiro.”

“É sim, porque as mulher, tendo, já compra uma coisinha para um, uma comidinha para outro. Quer dizer que a gente já pode. Antigamente a gente não tinha dinheiro nenhum.”

Em municípios mais urbanizados, como São Luís (FOLTRAN, 2006), as respostas à mesma indagação revelam que, além de poderem contribuir com as despesas da casa, as mulheres apreciam a capacidade de fazer escolhas e a possibilidade de negociar com seus maridos que o Bolsa Família lhes propiciou:

“Porque agora elas podem comprar as coisas que estão faltando. Eu que decido para onde vai o dinheiro.”

“Elas agora têm mais autonomia. Antes quando eu não tinha o Bolsa eu só podia comprar coisas se eu fizesse bico. Meu marido não dá nada para dentro de casa. Para ele o dinheiro do Bolsa é só para comprar alimentos, mas eu não acho. Compro outras coisas. Invisto na casa. Eu decido.”

“Quando eu quero comprar alguma coisa, eu decido porque tenho como pagar. É mais fácil até para se comunicar com o marido. Quando ele diz que quer comprar algo, a gente conversa e eu digo a minha opinião. Agora tem diálogo, porque os dois colaboram.”

A negociação da autoridade no âmbito doméstico pode, às vezes, ser expressa em relação aos filhos, mas sempre a ênfase é posta na maior autoridade perante maridos ou companheiros. Em Aracaju (GARCIA, 2006), uma das entrevistadas assim se expressa:

“Se eu não tenho a renda tenho que ficar de boca fechada. Levantou a auto-estima. Antes eu vivia debaixo dos pés de meu marido. Eu agora posso escolher o que fazer.”

Em São Luís (FOLTRAN, 2006), quatro mulheres apontam para o ganho de autoridade perante seus cônjuges:

“Agora que eu tenho um dinheiro meu, posso fazer sem pedir para o marido. Ele não tem mais que dizer sim ou não.”

“Porque o marido fala direito com a mulher, porque ela pode ir embora de casa. A mulher agora tem o dinheiro dela.”

“Sim, isso é verdade mesmo. Antigamente ele me batia.”

“Com certeza. Porque quando ela não tinha nada, tudo eles jogavam na cara. Com ela recebendo o benefício, eles não fazem mais assim.”

Em Riachão (SUÁREZ, 2006b), o abrandamento da hierarquia no âmbito doméstico é sublinhado por duas das cinco beneficiárias entrevistadas:

“Elas melhorou, porque tem esse dinheirinho para ajudar, porque os filhos vê que a mãe tem e não vai abusar com ela. O marido também, não pode abusar.”

“Mais ou menos, porque muitas vezes ficou melhor para combinar com o marido e com os filhos. Tem menos briga porque agora deu para combinar melhor.”

“*A gente já pode*”, afirma a beneficiária para assinalar o poder ganho pelas mulheres de não depender mais do marido ou companheiro para suprir as necessidades da casa, geralmente associado às necessidades das crianças. Mas, por trás desse poder de compra explícito está o bom desempenho da maternagem e, conseqüentemente, o fortalecimento da identidade feminina. “*Eu decido*”, afirma outra delas para assinalar a liberdade de escolha que o Programa lhe propiciou, enquanto outra afirma que “*ficou melhor para combinar com o marido e com os filhos*”, acentuando que sua voz e opinião são agora levadas em consideração, fazendo possível o diálogo.

O fortalecimento da identidade feminina é indiscutível porque, como se disse na introdução deste artigo, o Programa Bolsa Família veio fortalecer a condição social de quem, por orientação cultural e subjetividade individual, está posicionada da maneira mais adequada para zelar pelas crianças e de quem assenta seu prestígio no bom desempenho da maternagem.

Já não é tão claro que em toda parte o Programa tenha favorecido a capacidade das mulheres de tomar decisões e de negociar seu status na estrutura hierarquizada por gênero do âmbito doméstico. A dificuldade radica em que, diferente do prestígio outorgado à maternagem, não existe na cultura portada por essas famílias a idéia de que mulheres devem ter liberdade de tomar decisões e, ainda menos, de alterar as posições na hierarquia de gênero. Porém, como foi

visto acima, há fortes indícios de que o benefício vem gerando inquietudes e novas percepções sobre si mesmas nas mulheres, e, teoricamente, também nos homens, já que a mudança de um ator social necessariamente tem repercussões nos outros. Essa mudança na subjetividade individual, em si mesma, é já um grande ganho.

O terceiro impacto do Programa diz respeito à percepção das mulheres de serem parte da cidadania brasileira. Percepção tão básica que muitos podem não lhe outorgar o valor que efetivamente tem. Ocorre que nem todos os brasileiros e, principalmente, brasileiras têm consciência de sê-lo. No depoimento de uma gestora (SUÁREZ, 2006a), a necessidade de obter os documentos de identidade gerou grandes mudanças na percepção que as mulheres tinham (ou melhor, não tinham) de serem cidadãs.

“Veja, para ter o cartão tem que ter o documento, já foi uma reviravolta na vida dessas mulheres. Eu acho que 90 por cento delas não tinham documento, só quem tinha documento eram os homens. Então, a partir do momento que a gente começou a explicar que a prioridade era a mulher, mas que para isso elas precisavam documento, já foi a reviravolta, elas começaram a se tornar mais cidadãs, começaram a providenciar seus próprios documentos. A partir do momento que são elas que recebem o dinheiro, a auto-estima delas melhorou. Elas começaram a se sentir mais valorizadas, mais importantes, porque estão mais presentes na sociedade do que anteriormente, que tudo era sempre o homem que resolvia, tudo era o homem que pagava, que recebia. Então, isso já melhorou bastante, bastante mesmo para elas.”

No momento em que se viram obrigadas a lavrarem documentos, tais como a certidão de nascimento e a carteira de identidade, para se cadastrar e candidatar ao Bolsa Família, muitas delas, principalmente as que vivem nas zonas rurais, perceberam que, de alguma forma, fazem parte de um amplo espaço social que vai além da vizinhança e do bairro. Em termos simbólicos, este impacto do Programa na vida das beneficiárias é potencialmente mais marcante que os outros dois impactos descritos antes. Isto porque o conhecimento de ser parte de uma cidadania e a consciência de não a exercer de fato, porque ainda não se tem existência na esfera pública, causa, nas palavras da gestora, uma *reviravolta* na subjetividade dessas mulheres. Reviravolta que o Programa poderia aproveitar para ampliar sua efetividade.

Gestores e beneficiárias foram indagados sobre as mudanças trazidas pelo Programa na vida das mulheres, podendo apontar uma ou mais de nove mudanças apresentadas ou afirmar que não houve mudanças¹⁵. As beneficiárias entrevistadas mencionaram com maior frequência do que os agentes governamentais todas as mudanças sugeridas, com exceção do maior acesso feminino ao crédito e aos serviços de saúde específicos para mulheres. Já com relação às mudanças ocorridas no plano econômico, observa-se uma grande convergência das percepções dos agentes governamentais e das beneficiárias. Com elevados percentuais para as duas categorias, o aumento da renda aparece em primeiro lugar (70,7% entre os agentes e 74,5% entre as beneficiárias), seguido do maior acesso feminino ao crédito (58,6% entre agentes e 64,8% entre beneficiárias) e de maior aquisição de bens (56,9% entre agentes e 57,9% entre beneficiárias) em terceiro lugar.

Os argumentos dos agentes públicos e das beneficiárias no que diz respeito ao aumento da renda centravam-se no ganho de autonomia na escolha das compras, na maior tranquilidade para cuidar dos filhos e na diminuição da dependência econômica do companheiro ou marido. Chama atenção que o retorno das mulheres à escola apareça com maior frequência entre as beneficiárias (63,4%) que entre agentes governamentais (44,8%). Nas zonas urbanas, escutou-se muito das mulheres o argumento de que a realização de cursos vem favorecendo sua entrada na esfera pública, como também um maior acesso à informação e, conseqüentemente, um aumento da auto-estima.

As questões ligadas à saúde foram assinaladas com certa frequência, porém é curioso verificar que, apesar do maior acesso a programas de planejamento familiar ser apontado como uma mudança ocorrida, a redução nos índices de gravidez não apareceu como mudança significativa. Esse dado é justificado em grande medida pela percepção das pessoas entrevistadas estar voltada muito mais para a questão da gravidez de adolescentes do que das mulheres adultas.

A diminuição da violência doméstica foi mais citada pelas beneficiárias (42,8%) do que pelos gestores (32,8%) e, nos dois casos, com uma frequência

15 As mudanças apresentadas foram: aumento da renda feminina, redução da violência doméstica, maior acesso feminino a crédito, maiores chances de aquisição de bens, maior acesso a serviços de saúde específicos para mulheres, maior acesso a programas de planejamento familiar, redução dos índices de gravidez na adolescência, redução dos índices de mortalidade materna e retorno das mulheres à escola.

relativamente baixa comparativamente às outras mudanças. A esse respeito há que destacar que nas discussões de vários grupos focais, principalmente nos realizados nas zonas rurais, percebeu-se que o nosso conceito de *violência doméstica* não comunicava o conteúdo do que procurávamos saber. Com efeito, a primeira reação às nossas indagações sobre essa violência era sempre algo parecido a *isso não existe na minha casa*, mas ao se aprofundar a conversação ficava claro que o equivalente ao nosso abstrato conceito de *violência* eram fatos muito concretos, como a falta de independência das mulheres, a baixa auto-estima e a impossibilidade de se separar do marido.

A análise precedente não deixa qualquer dúvida de que o Programa vem gerando mudanças altamente positivas para a sobrevivência das famílias e para o cumprimento do papel feminino de cuidar das crianças. Além disso, também houve melhorias significativas, embora mais restritas, no âmbito da educação e da saúde das mulheres e suas famílias. Porém, a mudança que requer mais atenção, tanto por ser generalizada como por se constituir na mais sólida das bases para a saída da condição de pobreza, é o fato de as mulheres terem tomado consciência, ou começado a tomar consciência, do significado da cidadania. A documentação requerida para obter o cartão causou um revirar das consciências sobre si mesmas e sobre o espaço social a que podem almejar pertencer. Geralmente percebidas como resultados residuais do Programa, essas questões subjetivas são um grande avanço em si mesmas, porque seu acúmulo no tempo pode vir a fazer das beneficiárias verdadeiras co-responsáveis pela consecução dos objetivos propostos. A base já está assentada, faltam ainda programas complementares específicos que, como acredita a equipe gestora de São Luís, sejam capazes de perceber a importância da organização baseada em propósitos comuns para fazer das beneficiárias parceiras conscientes de seu papel.

7 Para a Potenciação das Beneficiárias do Programa Bolsa Família

Visto da perspectiva da diminuição das desigualdades de gênero, o maior acerto do Programa reside em ter transferido a renda preferencialmente às

mulheres. Isto porque são elas que reproduzem a vida e, mesmo que por básico nunca seja enxergado, fazer isso significa cumprir com o imperativo mais crucial da existência humana. Implícita na transferência de renda dos cofres públicos para as beneficiárias do Programa está a atribuição massiva de recursos ao processo de reprodução da vida.

Na conceituação de Arendt (1992), a condição humana se assenta em três atividades fundamentais: labor, trabalho e ação. Por *laborar* a autora entende a realização, entre outras coisas, da lavragem da terra, do tramar dos fios, do parto dos filhos que se geram e, figurativamente, a dedicação não remunerada das mulheres às tarefas de seu próprio lar. Este termo destaca a reprodução da vida através de uma realização material. *Trabalhar* significa ocupar-se na execução ou produção de alguma coisa que será recompensada, e o que o termo enfatiza é a própria realização material da qual resulta um ganho. Com o conceito de *ação* a autora sublinha o elemento mais essencial da condição humana, que é laborar e trabalhar de forma ativa, ou seja, em articulação com os outros¹⁶.

A distinção entre labor e trabalho permite visualizar a grande diferença entre esses dois esforços, especialmente entre as beneficiárias do Programa que, motivadas pela urgência, que pouco lugar concede à deliberação, laboram para reproduzir vidas, como também o papel feminino de maternagem. Levando em conta o fato do trabalho produtivo não ter substituído o esforço de reprodução da vida em nenhum lugar do mundo e que, portanto, nenhuma política poderia erradicá-lo, o caráter racional e, ao mesmo tempo, avançado do Programa Bolsa Família fica evidente. Racional porque ao invés de se propor mudar as práticas dos esforços de sobrevivência, o que busca é apoiá-los para que possam garantir maior bem-estar. Avançado porque, desafiando a desvalorização dos labores de reprodução, particularmente a maternagem, firma a valorização dos esforços reprodutivos de quem os realiza.

Partindo de uma perspectiva econômica, Picchio (1994:487) mostra a relação existente entre as insuficiências dos serviços públicos e a enorme

16 Neste relatório privilegia-se a conceituação de Hannah Arendt porque ela facilita colocar várias questões sobre o trabalho reprodutivo das beneficiárias de uma maneira mais confortável do que as teorias mais recentes, que incluem o esforço reprodutivo na categoria trabalho.

quantidade de energia que as mulheres dedicam ao cuidado de outras pessoas, posiciona-se a favor da implantação de políticas públicas que diversifiquem esse cuidado e conclui que:

“O caráter radical da contradição entre produção e reprodução indica que a carga do trabalho doméstico só poderá ser reduzida substancialmente através de uma assignação massiva de recursos ao processo de reprodução...” (PICCHIO 1994:487)

Certamente, a transferência de renda do Programa Bolsa Família tem o caráter massivo apontado pela autora e isso já é, em si mesmo, positivo. Porém, na ausência de serviços públicos que contribuam efetivamente para a realização do processo de reprodução, especialmente no concernente ao cuidado das crianças, o Programa acaba concentrando nas beneficiárias a realização da maior parte desse processo. Visto dessa perspectiva, fica claro que o problema não está na transferência de renda em si, já que os esforços reprodutivos das beneficiárias devem, certamente, ser suportados para que elas possam contribuir com a quebra da perpetuação da pobreza através das gerações. O problema localiza-se em que as beneficiárias podem contribuir, e já contribuem de forma básica, com o processo reprodutivo, mas nunca poderão dar conta de realizá-lo de modo satisfatório na ausência de instituições que cumpram a parte que lhes corresponde na reprodução da vida, particularmente nas áreas da educação e da saúde.

Conforme a apreciação das beneficiárias, os serviços prestados nessas áreas deixam muito a desejar, especialmente os de saúde. Um percentual bastante alto (44%) avaliou esses serviços como ruins ou péssimos, referindo-se à dificuldade de serem atendidas nos ambulatórios, de adquirir os medicamentos e fazer os exames indicados pelos médicos. Os serviços de educação mereceram melhor avaliação por parte das beneficiárias, mas, assim mesmo, apontaram a ausência de vagas para a matrícula escolar, a dificuldade de acesso ou de transporte para a escola e a necessidade de se pagar *banças* ou escolas particulares para garantir a educação dos filhos. Vale destacar que, nos municípios visitados, as famílias beneficiárias não têm prioridade na oferta de serviços de saúde e de educação porque, como argumentam os secretários/as dessas áreas, a universalidade da saúde e da educação deve embasar as ações das respectivas secretarias, em razão do que priorizar ou fiscalizar o uso dos serviços é contrário a esse princípio. Considerando a indiscutível legitimidade

desse argumento, conclui-se que a efetivação de um processo de reprodução que garanta a saída da marginalidade passa, necessariamente, pela universalização da oferta de saúde e de educação de boa qualidade.

Uma crítica persistente ao Programa Bolsa Família é que o mesmo acaba reproduzindo os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres na modernidade ocidental. A crítica é pertinente, mas deve ser relativizada em duas vertentes. Uma delas é que, na realidade, as beneficiárias usam o dinheiro recebido para cuidar da casa e, principalmente, das crianças porque sempre o fizeram e não porque o Programa o estabelece. A outra se refere a que a urgência de aliviar a fome, de aqui e de agora, pouco lugar pode conceder a outras considerações. Dito de outro modo, a mudança do papel tradicional atribuído às mulheres não tem sido pensada, ou mesmo pensada como algo dispensável, perante a imperiosa necessidade de reproduzir a vida através da mobilização desse papel.

Entretanto, essa crítica é de todo pertinente quando a questão que se coloca é a dinâmica do Bolsa Família e seu aperfeiçoamento ao longo do tempo. Neste sentido, entendemos que, para firmar seu caráter racional e avançado e, principalmente, para maximizar seus objetivos, os/as formuladores/as do Programa precisam perceber que as ações dirigidas a consolidar a equidade de gênero são essenciais.

Ainda relacionado com o fortalecimento do papel de cuidar dos outros é preciso notar que o problema não está certamente em cuidar dos outros, mas em que esse cuidado implique a dificuldade das mulheres de ter acesso ao espaço público que, como se viu, no caso das beneficiárias é quase nenhum. Nesse sentido, entende-se que, para dimensionar os problemas que o Programa ainda deve resolver, não é suficiente mirar os labores e os trabalhos realizados pelas beneficiárias e demais membros de seus grupos domésticos, mas requer centrar a atenção na forma como as mulheres realizam suas atividades que, por ser solitária, limita extremamente a percepção do modo como poderiam agir para aproveitar melhor as oportunidades ou, como colocado por Velho (1994), a percepção do *campo de possibilidades* que, embora dentro de limites, sempre permite aos indivíduos fazer escolhas e agir em benefício próprio.

Os preconceitos que cercam a dicotomia trabalho produtivo e reprodutivo dificultam a modificação das atuais desigualdades de gênero e a reversão da crescente pobreza entre as mulheres, mas seguramente não as causam. Como já se disse, sua origem pode captar-se mais claramente visualizando as ações nas quais as mulheres se envolvem quando reproduzem suas vidas e identidades ou quando produzem algum objeto recompensável. Conforme Arendt (1993), dentre as três atuações humanas fundamentais (labor, trabalho e ação), somente a ação requer a interação com os outros. Condição de toda vida política, a ação é a única que se realiza entre as pessoas sem a mediação das coisas, a única que torna o sujeito visível na sua diferença e a única que pode gerar reconhecimento das particularidades no âmbito da pluralidade social. Indivíduos isolados podem realizar tanto labores quanto trabalhos, mas a ação, que é o meio de dirigir a própria vida, pressupõe participar politicamente no espaço social onde se labora e se trabalha.

Como foi extensamente demonstrado antes, todas as mulheres vinculadas ao Programa Bolsa Família ocupam-se em labores domésticos, poucas trabalham e quase nenhuma faz essas duas coisas em interação constante com os outros, mas o fazem isoladas nas suas casas, na suas vizinhanças e nos seus bairros. Da articulação desses fatos com a perspectiva de Arendt, fica claro que o problema central não é que as beneficiárias laborem mais do que trabalhem, mas sim que o desempenho de seus esforços reprodutivos não seja valorizado e que seu isolamento social não lhes permita legitimá-lo na esfera pública, pelo fato de elas não atuarem nessa esfera.

Essa situação diminui consideravelmente o impacto na condição de vida das mulheres beneficiárias que a transferência de renda massiva do Programa poderia vir a gerar. Isto ocorre porque a maximização do apoio recebido para sair da pobreza se vê impedida pela própria inatividade política das beneficiárias, causada pelo seu isolamento social e não, certamente, por praticarem a maternagem nem por serem reprodutoras da vida, como de resto a maior parte das mulheres o faz.

O conceito de *isolamento social* descreve a situação de categorias sociais que, conforme a definição de Wilson (1987), estão fora das redes de contato e interação sustentada com indivíduos e instituições que representam as correntes principais na sociedade. Como também ocorre no Brasil, o autor acrescenta que a segregação residencial das cidades modernas concentra os pobres em bairros onde as

oportunidades são muito limitadas, ao mesmo tempo em que lhes restringe o contato com as redes de emprego e de informação sobre os papéis que poderiam desempenhar e as oportunidades que poderiam encontrar para além de suas vizinhanças.

Como se viu antes, as famílias vinculadas ao Programa moram em verdadeiros enclaves sócio-espaciais extremamente segregados, o que significa que as beneficiárias estão isoladas, em primeiro lugar, pelo fato estrutural do enclave e em segundo lugar por serem mulheres e garantirem o processo reprodutivo. O conceito de *isolamento social* se privilegia neste artigo porque permite expressar mais claramente a crescente pobreza entre as mulheres, cujas oportunidades de ação são limitadas duplamente: pela condição marginal de seus bairros de moradia e porque realizam suas atividades separadas umas das outras e fora dos espaços onde os diferentes se encontram, a informação se difunde, as individualidades se conectam e a ação se articula.

A partir dessas reflexões entende-se que o aperfeiçoamento do Programa Bolsa Família passa, necessária e urgentemente, pelo fortalecimento da capacidade de ação das mulheres que recebem o benefício, priorizadas pelo Programa justamente por estarem posicionadas, por orientação cultural e subjetividade individual, da maneira mais adequada para alcançar a consecução de suas metas. A partir dessa perspectiva, a recomendação mais forte que decorre da pesquisa realizada é que o próprio Programa, por meio de suas equipes de gestão, desenvolva ações de potenciação dessas capacidades, sem delegá-las à eventualidade dos municípios poderem vir a realizá-las. Dito de modo mais direto, recomenda-se que essas ações sejam desenvolvidas pelo órgão gestor federal (MDS), em estreita interação com as gestões locais.

Mas como potenciar as capacidades das beneficiárias do Programa? Entendemos que os programas complementares de alfabetização, capacitação, profissionalização e geração de renda são de grande importância para a potenciação das famílias beneficiárias e devem, portanto, ser estimulados, como já foi feito em Portaria de 2005¹⁷ e, com maior precisão, na Portaria GM/MDS n.º 246, de

17 A Portaria GM/MDS n.º 246, de 20 de maio de 2005, na sua cláusula VII, determina o estabelecimento de parcerias com órgãos e instituições municipais, estaduais e federais, governamentais e não governamentais para a oferta de programas complementares aos beneficiários do Programa Bolsa Família, especialmente ações de alfabetização, de capacitação profissional e de geração de emprego e renda desenvolvidos na sua esfera de competência.

27 de abril de 2006, que estabelece caber aos municípios a oferta de programas complementares nas áreas de: a) alfabetização e educação de jovens e adultos; b) capacitação profissional; c) geração de trabalho e renda; d) acesso ao micro-crédito produtivo orientado e e) desenvolvimento comunitário e territorial.

A potenciação das capacidades das beneficiárias não é prevista nessa última Portaria, mas a menção ao *desenvolvimento comunitário e territorial* pode vir a abrir caminho para esse fim, na medida em que esteja estabelecendo, como o parece, a potenciação dos sujeitos enquanto atores sociais que, em interação com os outros, promovam e definam seus objetivos, desejos e interesses.

A partir da longa experiência, muito prática, das Nações Unidas para erradicar as desigualdades de gênero e da conceituação de Arendt antes exposta, entendemos que é chegado o momento de o Bolsa Família, indo além de fortalecer a capacitação de reproduzir a vida e de trabalhar das beneficiárias, potencializar sua capacidade de participar politicamente nos espaços sociais onde laboram e trabalham.

As desvantagens enfrentadas pelas mulheres nos processos de desenvolvimento econômico e modernização têm sido reconhecidas pela ONU desde, pelo menos, 1972, quando a Assembléia Geral proclamou o ano 1975 como Ano Internacional da Mulher. Nesses momentos surge o chamado enfoque *mulheres em desenvolvimento* (WID), como uma proposta programática que visava elevar o prestígio e poder social das mulheres através do fortalecimento do trabalho produtivo que realizavam. Com efeito, para erradicar as desigualdades de gênero, se estimulou a implantação de projetos que promovessem as atividades das mulheres trabalhadoras e produtoras. Sem conseguir alcançar o objetivo almejado, esses projetos passaram a ser percebidos como atividades de menor valor e contribuíram pouco para fortalecer a capacidade de ação das mulheres (RAZAVI & MILLER, 1995).

O enfoque *mulheres em desenvolvimento* deixou sua marca por ter institucionalizado a problemática no âmbito da ONU, mas sua eficácia se provou limitada não somente por enaltecer o trabalho produtivo e depreciar os esforços de reprodução da vida, mas também porque perdeu de vista a interação entre

mulheres, entre homens e entre homens e mulheres e, portanto, o espaço social onde a palavra individual torna-se pública e a informação gera a ação.

Como resposta a esse fracasso, e ainda no âmbito da ONU, surge o enfoque *gênero e desenvolvimento* que, centrando a atenção nas relações sociais e nos espaços de interação, idealiza projetos que aumentem a capacidade das mulheres de mobilizar recursos culturais (como o próprio prestígio social de que gozam por serem reprodutoras da vida) e de acesso aos espaços de tomada de decisões. Esse enfoque também avança quando percebe a importância real e imediata que as mulheres outorgam às atividades de reprodução da vida que marcam suas identidades (YOUNG, 1993).

A Quarta Conferência Mundial Sobre a Mulher, realizada em 1995 em Beijing, firmou o entendimento de que o trabalho e o labor são inseparáveis da ação, expressado em termos de *potenciação do papel desempenhado pelas mulheres*. Em nove dos 38 parágrafos que integram a Declaração de Beijing, o que se considera passível de potenciação é o desempenho dos papéis efetivamente desempenhados pelas mulheres, como é o caso da manutenção entre as beneficiárias do Bolsa Família. Entretanto, essa Declaração ressalta que a potenciação dos diversos papéis que as mulheres desempenham deve ser acompanhada pelo avanço delas mesmas enquanto sujeitos que, em interação com os outros, promovam e defendam seus objetivos, desejos e interesses¹⁸.

Com base na análise precedente, a nossa mais confiante recomendação para o aperfeiçoamento do Programa Bolsa Família é a necessidade de promover ações que fortaleçam a participação das beneficiárias nos espaços públicos para que possam atuar em condições de igualdade com os outros nos processos sócio-políticos que afetam seus interesses. Como suporte a essa recomendação vale mencionar os depoimentos de muitas beneficiárias dos municípios de São Luís, Belo Horizonte e Aracaju (onde o Programa Bolsa Escola funcionou antes do Bolsa Família) sobre a importância das reuniões como espaços onde se obtinha informação e se discutiam assuntos de direitos e cidadania. Todas elas entendem que a implantação do Programa Bolsa Família representou uma perda, não tanto

18 Nações Unidas. Informe da Quarta Conferência Mundial Sobre a Mulher, parágrafo 12.

em termos econômicos como no referente à falta dessas reuniões onde se produzia o encontro entre elas e se discutiam questões que eram de interesse comum.

De nosso ponto de vista, formado a partir das observações e diálogos que o trabalho de campo propiciou, as gestões locais do Programa têm nos Centros de Referência da Assistência Social um espaço muito adequado para desenvolver ações que propiciem o encontro e o diálogo entre as beneficiárias e entre elas e as (os) gestoras/es, bem como a difusão de informações sobre os propósitos do Programa e o intercâmbio de idéias sobre sua condição de vida e o modo como poderiam agir para aproveitar melhor as oportunidades e fazer escolhas.

8 Bibliografia

AGENDE. Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento (Brasil). **Mulher negra = sujeito de direitos e as convenções para a eliminação da discriminação**. Brasília, DF, 2006.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

BOURDIEU, Pierre. **The logic of practice**. Califórnia: Stanford University Press, 1990.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Bolsa Família**: combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF, [2004?]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/transferecia-de-renda/programa-bolsa-familia>>. Acesso em: 13 ago.2006.

CHAVES, Wanderson Silva. Sob a ordem e a caridade: o programa Bolsa Família em Belém. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero**: relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

CLEAVER, Ana Julieta Teodoro. Fortalecendo os fracos: o programa Bolsa Família em Ecoporanga. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família**

e o enfrentamento das desigualdades de gênero: relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

CRENSHAW, Kimberlé. A interseccionalidade de raça, gênero e direitos humanos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, 2002.

FOLTRAN, Paula. Todos contra um: a força do programa Bolsa Família em São Luís do Maranhão In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero:** relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS, AGENDE, 2006. [mimeo].

GARCIA, Simone Ribeiro. O Boeing Bolsa Família: pouso e decolagem em Aracaju. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero:** relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

HASENBALG, Carlos A.; SILVA, Nelson do Valle. **Estrutura social, mobilidade e raça.** São Paulo: Vértice, 1988.

HASENBALG, Carlos A. **Discriminação e desigualdade racial no Brasil.** 2. ed. Belo Horizonte: Ufmg, Iuperj, 2005.

KRISTEVA, Julia. **Powers of horror: an essay on abjection.** New York: Columbia University Press, 1941.

LIBARDONI, Marlene; MAIA, Priscila. Arrumando a casa: O programa Bolsa Família em Candeias. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero:** relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

OSÓRIO, Rafael G. A mobilidade social dos negros brasileiros. **Textos para Discussão Ipea**, Brasília, DF, n. 1033, 2004.

PAIXÃO, Marcelo. IDH de negros e brancos no Brasil em 2001: e a desigualdade continua. **Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, n. 49, nov. 2003.

PICCHIO, Antonella. El trabajo reproductivo: tema central en el análisis del mercado laboral. In: BORDERIAS, C. (Org.); CARRASCO, C. (Org.); ALEMANY, C. (Org.). **Las Mujeres y el Trabajo: rupturas conceptuales**. Barcelona: Içaria, 1994.

RAZAVI, Shahrashoub; MILLER, Carol. **From WID to GAD: conceptual shifts in the women and development discourse**. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 1995.

RIVERA GARRETA, María-Milagros. La violencia contra las mujeres no es violencia de género. **Duoda Revista d'Estudis Feminista**, Barcelona, n. 21, 2001.

RODRIGUES, Marlene Teixeira. Luzes na Clausura? um olhar sobre o programa Bolsa Família em Belo Horizonte. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero: relatório de pesquisa**. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

SOARES, Sergei S.D. O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. **Textos para Discussão Ipea**, Brasília, DF, n. 769, 2000.

STEIN, Rosa Helena; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Centralidade no cadastramento e ação dos agentes de saúde: o programa Bolsa Família em Floriano. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero: relatório de pesquisa**. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

SUÁREZ, Mireya. A perspectiva de gênero no desenvolvimento rural: fundamentos teórico-metodológicos. In: CAMPOS, Celsy (Org.). **Desarrollo rural con equidad de gênero**. Londrina: Instituto Agrônômico do Paraná, 1994.

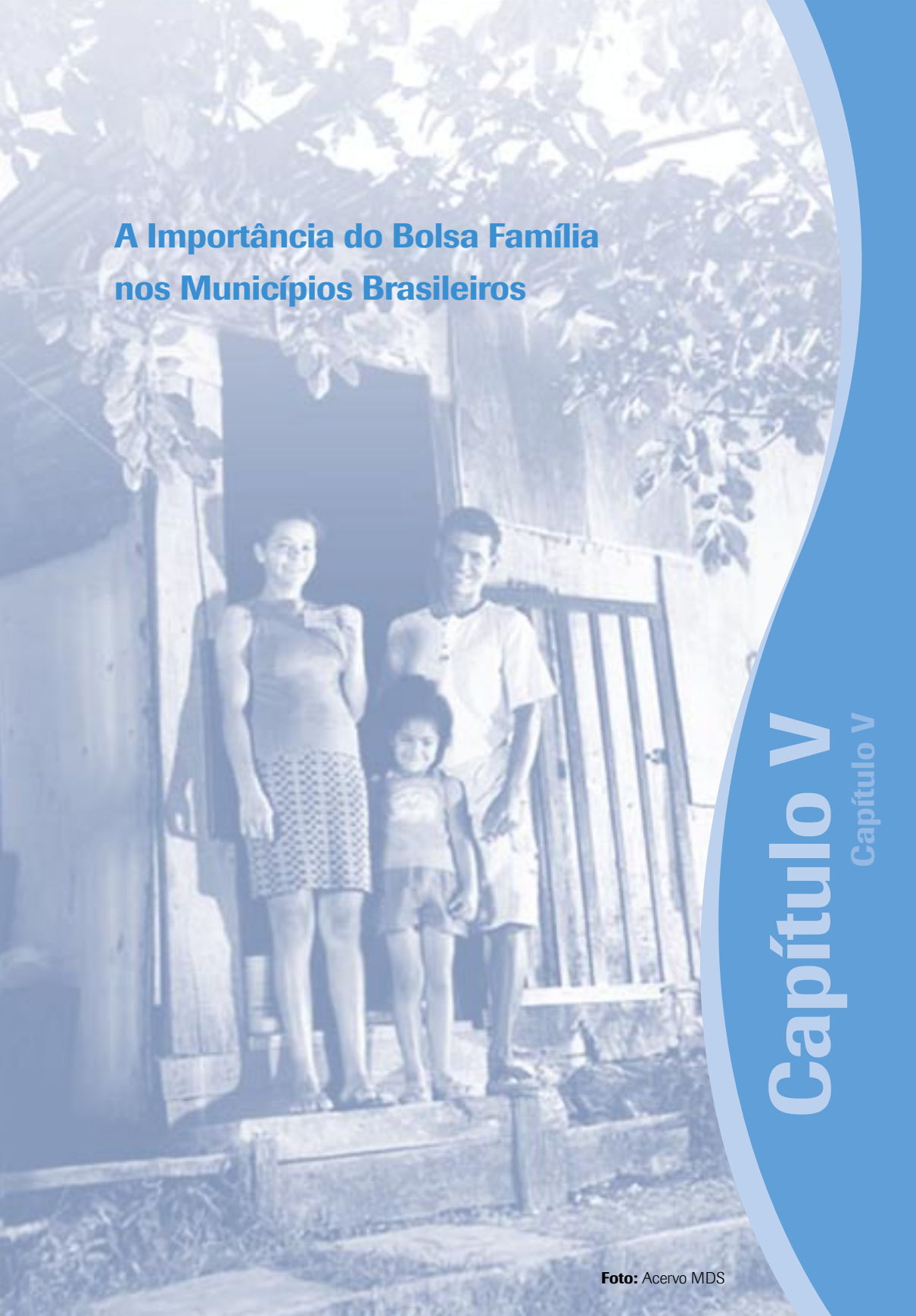
_____. Fronteiras da modernidade: o programa Bolsa Família em Riachão. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero: relatório de pesquisa**. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

_____. Sob o regime da usina: o programa Bolsa Família em Passo de Camaragibe. In: SUÁREZ, Mireya *et al.* **O programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero**: relatório de pesquisa. Brasília, DF: MDS; AGENDE, 2006. [mimeo].

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

WILSON, William. **The truly disadvantaged**: the inner city, the underclass, and public policy. Chicago: Chicago University Press, 1990.

YOUNG, K. **Planning development with women**: making a world of difference. London: Macmillan, 1993.

A black and white photograph of a family of three standing on the steps of a wooden house. The woman on the left is wearing a sleeveless top and a patterned skirt. The man on the right is wearing a short-sleeved shirt and shorts. A young child is standing between them. The house has a wooden door and a window with a metal grille. There are trees and foliage in the background.

A Importância do Bolsa Família nos Municípios Brasileiros

Capítulo V

Capítulo V

A Importância do Bolsa Família nos Municípios Brasileiros¹

Rosa Maria Marques²

Áquilas Mendes³

Marcel Guedes Leite³

Ana Hutz³

1 Introdução

O Brasil apresenta uma das piores concentrações de renda do mundo, só sendo superado por países como Serra Leoa, República Centro-Africana e Suazilândia. A renda das famílias mais ricas (renda familiar mensal, em 2000, acima de R\$ 10.982,00), que totalizam 1,162 milhão, corresponde a 75% do total da renda nacional. Entre essas, as 5.000 famílias mais ricas absorvem 45% da renda nacional (POCHMANN, 2004).

Essa situação estrutural da sociedade brasileira tem se agravado nas últimas décadas, por diversos motivos. Em 1980, a renda média da população mais rica era dez vezes maior do que a renda média da população brasileira. Atualmente, essa relação é de 14 vezes. Se comparada à renda dos 20% mais pobres, a relação é de 80 vezes.

-
- 1 Texto originalmente publicado na série Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate, MDS, 2005, a partir de estudo realizado pelo Departamento de Economia da PUC-SP, sob a coordenação da professora Rosa Maria Marques.
 - 2 Coordenadora do Programa de Estudos Pós-graduados em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
 - 3 Participaram da pesquisa, ainda, Áquilas Mendes (FAAP e CEPAN) e Marcel Guedes Leite (PUC SP), como pesquisadores seniores; e Ana Hutz (UNICAMP), como pesquisadora júnior.

Não bastasse esse quadro de extrema desigualdade, soma-se a ele a existência de um enorme contingente da população brasileira situado abaixo da linha de pobreza. Como é sabido, a definição de linha de pobreza é extremamente polêmica, gerando estimativas bastante diferenciadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Economia (IBRE), da Fundação Getúlio Vargas, ao analisar os dados do Censo Demográfico de 2000, e ao adotar o critério de R\$ 60,00 *per capita* mensal como definidor da linha de pobreza, 35% da população brasileira (o que equivale a 57,7 milhões de pessoas) estaria vivendo abaixo da linha de pobreza. Essa análise identificou que as Regiões mais pobres do país seriam a Norte e a Nordeste, onde 13,8 milhões de pessoas viveriam em situação de pobreza extrema, e que 26% dos brasileiros nessa situação habitariam as zonas rurais. Na zona rural da Região Norte, por exemplo, a renda média seria de R\$ 19,67, a mais baixa do país. Nesse mesmo estudo é considerado que o número de pobres no país poderia ser reduzido em um terço se os mesmos recebessem uma renda mensal adicional de R\$ 50,00.

No âmbito do Fome Zero, uma proposta de segurança alimentar para o Brasil, ao utilizar o critério de linha de pobreza do Banco Mundial (US\$ 1,08 por dia), ajustando para os diferentes níveis regionais de custo de vida e pela existência ou não de auto-consumo, focalizaria uma população abaixo da linha de pobreza de 44,043 milhões de pessoas, envolvendo 9,32 milhões de famílias. Essa estimativa corresponderia a 21,9% das famílias, 27,8% da população total do país, 19,1% da população das regiões metropolitanas, 25,5% da população das áreas urbanas não-metropolitanas e 46,1% da população rural.

Atualmente, no combate à pobreza e como política de transferência de renda, o Governo Federal conta, entre outros, com o Programa Bolsa Família, programa que está sob a égide do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Em junho de 2004, o Governo Federal registrava que 4.103.016 famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, absorvendo, naquele mês, recursos da ordem de R\$ 288,2 milhões.

A teoria econômica de inspiração keynesiana advoga que o gasto governamental, assim como o privado, gera, no conjunto da economia, por seu efeito multiplicador, renda de valor maior do que o do gasto realizado. Isso acontece porque as compras que o governo efetua resultam em novas demandas para as empresas

que, ao aumentarem sua produção, elevam os pedidos junto a seus fornecedores, uns e outros aumentando o nível de contratação de trabalhadores. Esse processo tem continuidade na cadeia produtiva, tanto das empresas inicialmente beneficiárias da maior demanda estatal, como daquelas vinculadas ao consumo dos trabalhadores e dos demais segmentos da população que aumentaram sua renda.

No caso de transferência de renda às famílias, o impacto será tanto maior quanto também maior for a propensão marginal a consumir, isto é, quanto maior for a parcela destinada ao consumo quando a renda é aumentada em uma unidade. No caso da população-alvo do Bolsa Família, principalmente famílias definidas como extremamente pobres, a propensão marginal a consumir é das mais elevadas, quando não “igual” a 1. Assim, o aumento da renda da população mais pobre resultante da política pública em parte retorna aos cofres públicos, sob a forma de incremento na arrecadação de tributos.

2 Metodologia

2.1 Da Amostra

Na impossibilidade de se fazer um estudo sobre todos os municípios brasileiros, optou-se por estudar uma amostra representativa das diferentes situações em que eles podem ser enquadrados, levando em conta os seguintes critérios: localização geográfica, em termos de Grandes Regiões; porte populacional; nível de pobreza; atividade econômica predominante e relação população urbana/rural.

Os critérios usados para estratificar os municípios brasileiros foram especificados da seguinte maneira:

- a) localização geográfica: adotou-se como referência as cinco Grandes Regiões estabelecidas pelo IBGE: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.
- b) porte populacional: como não existe uma classificação padrão para todos os trabalhos que envolvam esta característica, e tentando limitar ao

menor número possível de classes, e ainda assim obter homogeneidade interna, optou-se por estabelecer quatro classes de porte populacional bastante amplas, mas, a princípio, diferenciadas entre si. Os municípios brasileiros foram divididos em pequenos, médios, grandes e muito grandes. No primeiro grupo encontram-se aqueles com menos de 20 mil habitantes, que geralmente constituem estruturas administrativas mais simplificadas, com grande proximidade entre a administração pública e os interesses e necessidades de sua população. No segundo, estão municípios com população entre 20 mil e 100 mil habitantes, que já apresentam alguma complexidade administrativa, mas ainda não muito grande. O terceiro grupo é composto por municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes, estes sim com estrutura administrativa pública bastante complexa. Finalmente, o último grupo é formado por municípios muito grandes, com população acima de 500 mil habitantes, incluindo aí as grandes metrópoles brasileiras, que formam muitas vezes universos próprios de administração pública, de difícil generalização.

- c) nível de pobreza: este critério não se restringiu à característica econômica de renda *per capita*. Preferiu-se ampliar o conceito de forma a captar o estágio de desenvolvimento do município. Assim, foi escolhido como critério o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), e os municípios foram separados em dois agrupamentos: aqueles com IDH-M abaixo da média brasileira e aqueles com IDH-M acima da média. Para definição do corte de separação entre as duas categorias, escolheu-se a média de todos os municípios brasileiros, cujo valor era 0,699 em 2000. No mesmo ano, a mediana era 0,713.
- d) relação população rural/urbana: os municípios foram classificados em urbanos ou rurais dependendo da distribuição da população em seus limites territoriais. Se o município apresentava mais que 50% de pessoas vivendo na região urbana (conforme critério adotado pelo IBGE), considerou-se como sendo urbano e, no caso contrário, como rural.

- e) atividade econômica predominante: para a estratificação dentro deste critério, optou-se por separar a atividade econômica nos três grandes setores da atividade produtiva: primário (extrativista, agrícola e pecuária), secundário (industrial) e terciário (serviços). A classificação dos municípios nestes três setores levou em consideração a concentração do valor da produção gerada, em cada um deles, pelo município.

Em 2000, encontravam-se instalados no país 5.507 municípios. Destes, encontramos informações completas, disponíveis no site do IPEA⁴, para os cinco critérios adotados, para 4.970 municípios. Entretanto, como foram instalados 154 novos municípios em janeiro de 2001 (última data, até 2004, de instalação de novos municípios no Brasil), foram excluídos desse universo 74 municípios que deram origem aos novos em 2001. Os 4.896 municípios que restaram foram distribuídos em 119 agrupamentos distintos com pelo menos um município, sendo que, destes, 21 são compostos por apenas um município, sete por apenas dois e oito por apenas três municípios; restando assim 83 estratos com quatro ou mais municípios:

a) Centro-Oeste

A Região Centro-Oeste abriga em seus 19 agrupamentos 405 municípios (em 2000 encontravam-se instalados, na Região, 468). Dos 405 municípios desta Região apenas 60 (15%) são classificados como rurais, sendo que, destes, 90% são classificados como tendo atividade econômica concentrada predominantemente no setor primário.

Dos 265 municípios com menos de 20 mil habitantes, caracterizados como urbanos, 182 (69%) são classificados como geradores de renda predominantemente no setor primário, 71 (27%) no setor terciário e apenas 12 (4%) no secundário.

Os grandes municípios, em termos populacionais, são classificados em sua maioria como terciários e urbanos, haja vista serem classificados como urbanos todos os 80 (20%) municípios da Região com mais de 20 mil habitantes.

4 www.ipeadata.gov.br

Interessante notar que, dos dez municípios existentes com mais de 100 mil habitantes, nove concentram a produção no setor terciário e apenas um no secundário.

A grande maioria dos municípios (87%) apresenta IDH-M superior à média dos municípios brasileiros, sendo que os 13% com IDH-M baixo (abaixo da média) estão localizados entre os municípios com menos de 20 mil habitantes (12%) ou com população entre 20 mil e 100 mil habitantes (1%).

b) Norte

Na Região Norte, os 398 municípios (eram 427 em 2000) estão distribuídos em 27 agrupamentos. Os 14 (4%) grandes municípios da Região, distribuídos em apenas três grupos, são todos classificados como urbanos, geradores de renda predominantemente no setor terciário (exceto Manaus, classificado como secundário, face à presença da Zona Franca) e todos com IDH-M acima da média brasileira.

Já os 384 (96%) municípios com menos de 100 mil habitantes, distribuídos em 24 grupos, encontram-se homogeneamente divididos entre rurais e urbanos, mas apresentam predominantemente IDH-M abaixo da média nacional (77%), sendo 51% classificados como geradores de renda concentrada no setor primário, 45% no terciário e apenas 4% no secundário.

c) Nordeste

Os 1.548 municípios da Região (1.787 em 2000) distribuem-se entre 25 agrupamentos. Do total, 1.503 municípios (97%) têm população inferior a 100 mil habitantes e, destes, 1.472 (97%) apresentam IDH-M abaixo da média brasileira; estão igualmente distribuídos entre rurais e urbanos, 53% concentram a geração de renda no setor terciário, 43% no primário e apenas 4% no secundário.

Os 45 grandes municípios (3%), aqueles com mais de 100.000 habitantes, estão distribuídos em seis grupos, sendo todos, exceto São José do Ribamar (MA), classificados como urbanos; apenas sete (15%) concentram a renda gerada no setor secundário e os 38 (85%) restantes, no setor terciário; 14 (31%) apresentam IDH-M baixo.

Interessante notar que os 76 municípios da Região (5%) com IDH-M superior à média nacional, à exceção de três – Triunfo (PE), Paço do Lumiar (MA) e São José de Ribamar MA) –, concentram sua população na zona urbana.

d) Sul

A Região apresenta 22 agrupamentos, nos quais se distribuem seus 1.014 municípios (existiam 1.159 em 2000). Dos 802 pequenos municípios (79%), com população de até 20 mil habitantes, 94% apresentam IDH-M superior à média brasileira, sendo 51% rurais. A grande maioria deles (75%) tem no setor primário a principal fonte de geração de renda, enquanto 10% concentram a renda no setor secundário e os 15% restantes no terciário.

Já os 212 municípios com mais de 20 mil habitantes são classificados como essencialmente urbanos (95%), sendo apenas dez (5%) rurais. Destaca-se que nenhum destes últimos apresenta população superior a 100 mil habitantes. Além disso, apenas três (1%) têm IDH-M abaixo da média brasileira e, em termos de concentração do setor produtivo na geração de renda, 55% classificam-se como terciário, 31% como secundário e 14% como primário (estes últimos com população inferior a 100 mil habitantes).

e) Sudeste

Finalmente, a Região Sudeste distribui seus 1.531 municípios (em 2000 existiam na Região 1.666 municípios instalados) em 26 agrupamentos.

Os 1.420 municípios com menos de 100 mil habitantes (93%) são predominantemente urbanos (82%), 76% deles apresentam IDH-M acima da média nacional, 45% têm sua principal fonte geradora de renda no setor primário, 10% no setor secundário e os demais, 45% no terciário.

Já os 111 municípios (7%) com mais de 100 mil habitantes concentram a maioria de sua população na zona urbana e têm IDH-M maior do que a média brasileira. Nenhum destes têm no setor primário sua principal fonte de geração de renda. Esta se concentra majoritariamente no setor terciário em 65% dos casos, e no setor secundário nos 35% restantes.

Para a definição final dos municípios a serem analisados, foram excluídos os grupos que apresentavam apenas um município, pois esses seriam representativos somente deles mesmos. Dessa forma, chegou-se a um total de 98 municípios, cada um deles representando um grupo diferente, com características próprias. Contudo, a inexistência de informações sobre os municípios pertencentes aos grupos 3 e 52 levou à sua exclusão do corpo do estudo.

Interessante observar que, analisando todos os municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, não se constata muita diferença entre os portes de 100 mil a 500 mil e aquele acima de 500 mil, já que, segundo os critérios adotados, à exceção dos grupos 39 e 40, todos os demais apresentam as características de terem IDH-M acima da média brasileira, a maioria da população na zona urbana e atividade econômica predominantemente secundária (grupos 42, 94, 96 e 117) ou terciária (grupos 18, 19, 43, 44, 69, 95, 97, 118 e 119). Apesar disso, optou-se por manter os cinco grupos, segundo o porte populacional.

2.2 Do Bolsa Família e dos Demais Dados

Para o estudo realizado, tomou-se a situação de julho de 2004, em relação à quantidade de famílias beneficiadas e ao valor dos recursos transferidos, como a “realidade” do Bolsa Família de 2003, isto é, como se o Programa tivesse começado em janeiro desse ano, atingindo as famílias atualmente beneficiadas.

Em outras palavras, adotou-se a situação de julho de 2004 como espelho da situação que poderia ter ocorrido em cada mês de 2003, com o Programa Bolsa Família atingindo toda a população alvo no município em questão. Isto porque, a partir de dezembro de 2003, o número de famílias e o valor mensal gasto com o Bolsa Família nos municípios escolhidos mantiveram-se constantes ou praticamente constantes.

Dessa maneira, comparou-se o total dos recursos transferidos a informações tais como a Receita Disponível do município, compreendida pelos recursos de impostos e das transferências constitucionais; o total das transferências federais

para o SUS; o total da transferência federal, Fundo de Participação dos Municípios (FPM); e o total da transferência estadual a título do ICMS⁵.

Para a estimativa da população beneficiada pelo Programa Bolsa Família, utilizou-se a média de pessoas por família, por Estado, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2002.

Se por um lado esse número pode superestimar a quantidade de beneficiários das capitais e grandes metrópoles, por outro lado ele estaria subestimando os beneficiários das cidades menores e do interior dos Estados. Sendo assim, a estimativa é provavelmente conservadora, de modo que a quantidade de beneficiários deve ser, na realidade, ainda maior.

3 Os Resultados

As Tabelas 1 e 2 apresentam, respectivamente, os dados do Bolsa Família, as características dos municípios integrantes da análise e indicadores da importância relativa do Programa. Essa importância é medida através da comparação dos recursos recebidos a título do Bolsa Família à Receita Disponível, entre outros.

3.1 O Bolsa Família e a População

O Bolsa Família constitui, hoje, o maior programa de transferência de renda na área assistencial⁶. Em dezembro de 2003, levando-se em conta que cada grupo

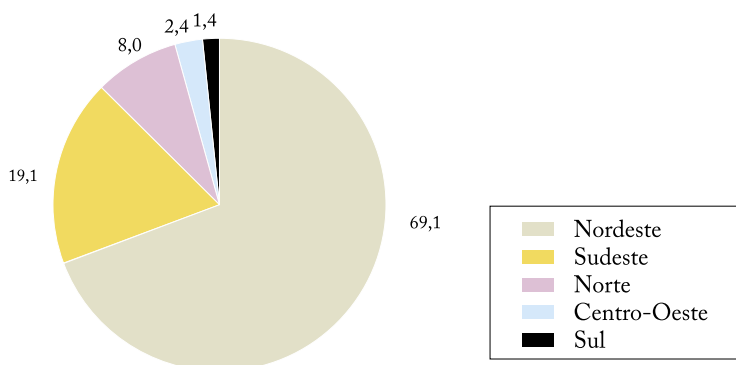
5 De forma alternativa, poder-se-ia considerar a situação de dezembro de 2003 do Programa Bolsa Família e compará-la às informações acima citadas para o mesmo mês de dezembro de 2003. Para isso, considerar-se-ia que a arrecadação e/ou as transferências do FPM/ICMS/SUS ocorreram de forma constante ao longo do ano, o que não é propriamente correto. Para sanar este problema, os cálculos poderiam ser feitos em relação à média do ano. Essa forma de calcular chegaria aos mesmos resultados alcançados na metodologia anterior.

6 Do ponto de vista da literatura, não cabe a comparação com outros programas, tais como o benefício de um salário mínimo concedido aos trabalhadores rurais, entre outros. O benefício pago aos rurais é um direito garantido pela Constituição no campo previdenciário, constituindo-se numa renda de substituição. No Brasil, existem outros importantes programas de transferência de renda. O Bolsa Família é um programa de transferência de renda que visa complementar a renda familiar e estimular a manutenção da criança e do adolescente na escola. Trata-se, portanto, de programas que integram ramos diferentes da proteção social, da previdência e da assistência.

estudado na pesquisa representa um conjunto de municípios homogêneos, estima-se em 16 milhões e 512 mil brasileiros o número de beneficiários do Programa.

Entre as Regiões, está assim distribuída a população beneficiária: 69,1% no Nordeste, 2,4% no Centro-Oeste, 8,0% no Norte, 19,1% no Sudeste e 1,4% no Sul (Gráfico 1):

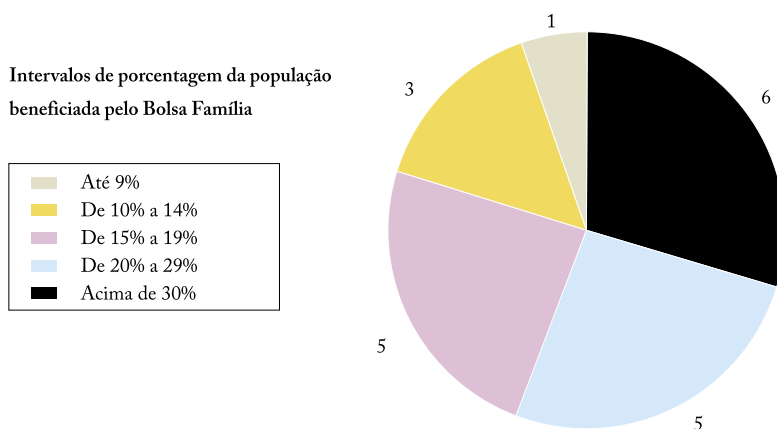
Gráfico 1: Distribuição percentual do número de beneficiários do Bolsa Família entre as regiões geográficas brasileiras



Na Região Nordeste, o primeiro aspecto destacável é o fato de ser nessa Região onde os recursos do Programa Bolsa Família atingem maior percentual da população dos municípios.

Entre os grupos dessa Região (20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43 e 44), este percentual varia de 13% a 45% – embora no grupo 42, representado por Camaçari (BA), somente 6% da população total seja beneficiária do Programa. A razão do grupo 42 apresentar esse percentual decorre do fato de os municípios neles compreendidos (três) terem de 100 mil a 500 mil habitantes, IDH-M acima da média, população praticamente toda urbana (95%), atividade econômica predominante no setor secundário e, principalmente, do fato de o município de referência ser um pólo petroquímico nacional. O percentual da população atingida pelo Bolsa Família, entre os grupos da Região Nordeste, pode ser melhor visto no Gráfico 2.

Gráfico 2: Nordeste – Número de grupos de municípios distribuídos entre os intervalos de porcentagem da população que é beneficiada pelo Bolsa Família.



Entre os municípios do Nordeste, encontramos situações onde até 45% da população é beneficiária da transferência de renda do Bolsa Família. Isso ocorre em Várzea (PB) e em Pedra Branca (CE). É sempre bom reafirmar que, nesta pesquisa, estes dois municípios representam dois diferentes grupos, com características diferentes.

No grupo 25, ao qual pertence Várzea, encontram-se mais 288 municípios, todos eles situados na Região Nordeste, com população de até 20 mil e urbana, com IDH-M abaixo da média nacional e com atividade econômica predominantemente no setor terciário. Já Pedra Branca pertence ao grupo 32, onde se encaixam 57 municípios do Nordeste, com população de 20 a 100 mil, localizada mais na zona rural, com um IDH-M abaixo da média nacional e cujas atividades econômicas são predominantemente realizadas no setor terciário.

O resultado observado na Região Nordeste é, antes de tudo, reflexo da situação de pobreza em que vivem os habitantes de seus municípios, mas também do fato desse Programa nela ter se iniciado, contemplando um conjunto significativo das famílias necessitadas.

Dessa forma, a importância assumida pelo Bolsa Família no Nordeste não encontra paralelo nas demais Regiões. Isso não significa, entretanto, que nas

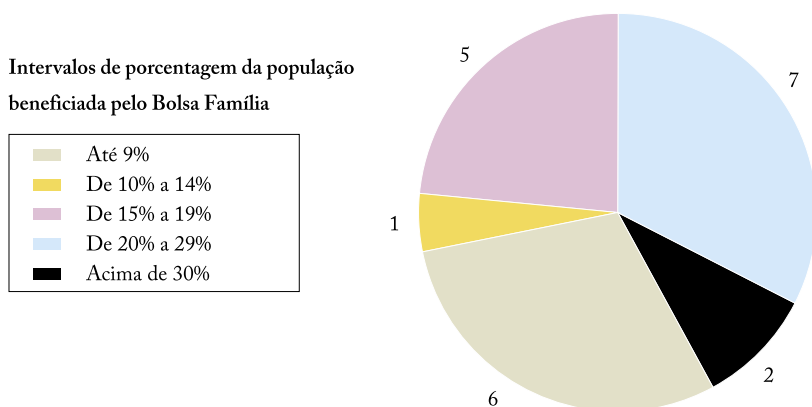
demais não existam grupos de municípios com parcela significativa da população beneficiária do Programa. Exemplo disso ocorre em Itaguatins (TO), município pertencente ao grupo 50 (no qual estão agrupados 56 municípios da Região Norte, de até 20 mil habitantes, com IDH-M abaixo da média, com população predominantemente urbana e que desenvolve atividade econômica terciária), em que 38% da população é beneficiária do Bolsa Família.

Na Região Norte, podemos encontrar tanto grupos de municípios nos quais o percentual da população beneficiária é extremamente baixo, como o grupo 63 (cinco municípios), representado no estudo por São Félix do Xingu (PA); como grupos onde esse percentual é bastante significativo: próximo ou superior aos 20%.

No caso do município de São Félix do Xingu, talvez o baixo percentual registrado (1%) esteja em parte indicando que o Programa ainda não atingiu toda a sua população alvo, mas é preciso levar em conta que se trata de um município de 20 mil a 100 mil habitantes, com IDH-M acima da média nacional, cuja maioria da população habita a zona rural e desenvolve atividade predominantemente primária.

A distribuição dos municípios da amostra, segundo importância da proporção da população beneficiada pelo Bolsa Família, no total da população do município, pode ser vista no Gráfico 3. Dos 21 grupos da Região, dois, representados por Itaguatins (grupo 50) e Esperantina (grupo 47), ambos no Tocantins, se destacam pelo elevado número de beneficiários na população total, ultrapassando a cifra de 30%. Além destes, em sete grupos (46, 56, 59, 62, 66, 67 e 69), o Bolsa Família beneficia mais de 20% da população dos municípios, mas, no extremo oposto, em seis grupos (45, 48, 51, 57, 63 e 68) o percentual é inferior a 10%, evidenciando que o Programa ainda não atingiu toda a Região de forma equitativa.

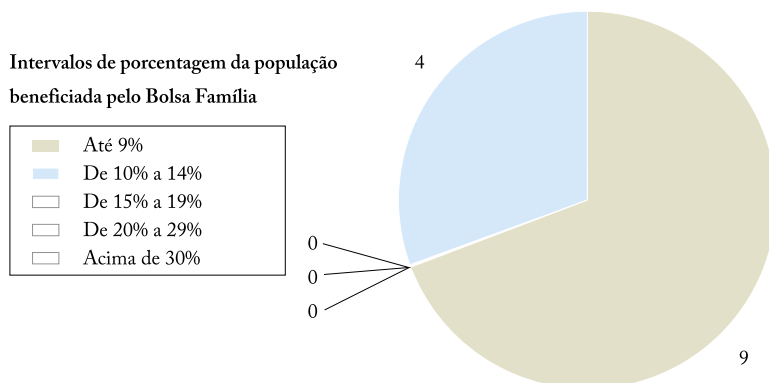
Gráfico 3: Norte – Número de grupos de municípios distribuídos entre os intervalos de porcentagem da população que é beneficiada pelo Bolsa Família



Ainda quanto à importância da participação da população beneficiada pelo Bolsa Família na população total do município, na Região Centro-Oeste, destacam-se os grupos representados por: Divinópolis de Goiás (grupo 6, com 11 municípios de até 20 mil habitantes, IDH-M abaixo da média nacional, população vivendo majoritariamente na zona urbana e desenvolvendo atividade econômica principalmente junto ao setor terciário); Santa Rita do Pardo, no Mato Grosso do Sul (grupo 7, com 32 municípios de até 20 mil habitantes, IDH-M acima da média, população vivendo na maioria na zona rural e desenvolvendo atividade primária); Novo Horizonte do Norte, no Mato Grosso (grupo 8, com três municípios de até 20 mil habitantes, IDH-M acima da média, população predominantemente vivendo na zona rural e desenvolvendo atividade terciária); e Itupuranga, em Goiás (grupo 16, com 38 municípios, população entre 20 mil e 100 mil habitantes, IDH-M acima da média, população vivendo, em sua maioria, na zona urbana e desenvolvendo atividade econômica predominantemente no setor terciário). Nesses municípios, 10%, 11%, 14% e 10% de sua população total é beneficiária do Bolsa Família, respectivamente.

Uma visão geral pode ser obtida através do Gráfico 4, no qual percebemos que todos os demais municípios apresentam percentual inferior a 10%:

Gráfico 4: Centro-Oeste – Número de grupos de municípios distribuídos entre os intervalos de porcentagem da população que é beneficiada pelo Bolsa Família

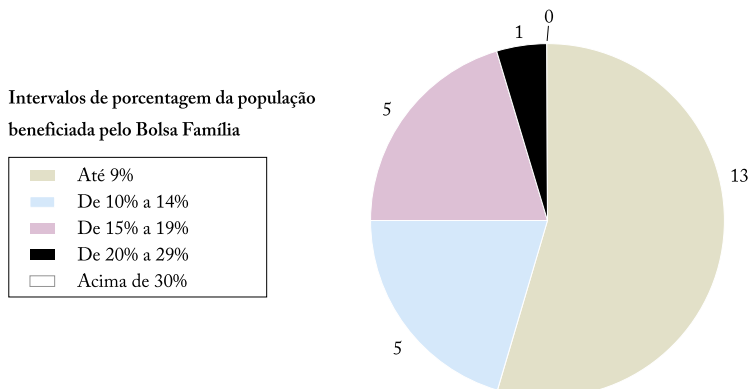


Já na Região Sudeste, o maior percentual encontrado foi em Medina (29%), Minas Gerais, (grupo 87, com 17 municípios de população entre 20 mil a 100 mil habitantes, IDH-M abaixo da média, população vivendo majoritariamente na zona urbana e desenvolvendo atividade terciária).

Pela ordem de grandeza, temos ainda como destaque os grupos 77 e 86, no estudo representados, respectivamente, por Lontra e Itamarandiba, ambas de Minas Gerais, onde 19% da população é beneficiária.

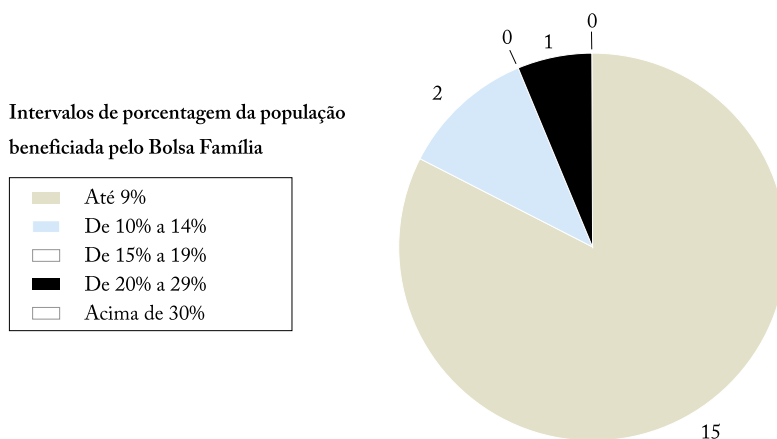
Como pode ser observado no Gráfico 5, nos 24 grupos da Região, em 13 a porcentagem não chega sequer a 10% e em outros cinco é inferior a 15%.

Gráfico 5: Sudeste – Número de grupos de municípios distribuídos entre os intervalos de porcentagem da população que é beneficiada pelo Bolsa Família



Na Região Sul, com raras exceções, o percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família é relativamente baixo, refletindo a situação sócio-econômica de sua população, conforme pode ser visto no Gráfico 6.

Gráfico 6: Sul – Número de grupos de municípios distribuídos entre os intervalos de porcentagem da população que é beneficiada pelo Bolsa Família



Em resumo, observou-se que, na comparação entre as Regiões, o número de beneficiários do Bolsa Família em relação ao total da população é significativamente mais elevado na Região Nordeste do que nos municípios das demais Regiões, em especial da Região Sul. Esse resultado reflete, evidentemente, a desigualdade existente no país, que, entre outras manifestações, se expressa na enorme diferença de renda entre as famílias das diferentes Regiões, especialmente entre o Nordeste e o Sul.

Na amostra dos municípios do Nordeste, apenas Camaçari, na Bahia, apresenta percentual da população beneficiária compatível com a Região Sul (6%). Já nesta última, destoando dos demais municípios, destacam-se Turvo, Grandes Rios e Prudentópolis, todos pertencentes ao Estado do Paraná, com 23%, 12% e 10% da população beneficiária do Bolsa Família, respectivamente. Para uma análise mais apurada sobre as diferenças entre as duas Regiões, seria importante agregar o grau de cobertura do Programa, para que diferenças decorrentes do processo de implantação não influenciassem os resultados.

Note-se que Camaçari pertence ao grupo 42, no qual se situam apenas três municípios do Nordeste, todos eles com uma população de 100 mil a 500

mil, predominantemente urbana, com um IDH-M acima da média nacional e a maioria de suas atividades econômicas desenvolvidas junto ao setor secundário.

No caso de Turvo, pertencente ao grupo 99, no qual também se situam apenas três municípios, a população de até 20 mil é rural, tem IDH-M abaixo da média nacional e desenvolve atividades predominantemente no setor secundário.

Já o município de Grandes Rios, também localizado na Região Sul, representando o grupo 100, que reúne seis municípios, registra uma população de até 20 mil habitantes, que vivem, na maioria, na zona rural, apresenta IDH-M abaixo da média nacional e desenvolve atividades predominantemente no setor terciário da economia. Prudentópolis, do grupo 111, representa cinco municípios rurais de 20 mil a 100 mil habitantes, com IDH-M acima da média nacional e que desenvolvem atividades predominantemente no setor primário.

Ainda comparando Regiões extremas, como Nordeste e Sul, verifica-se que na primeira, nos grupos de até 20 mil habitantes (grupos 20 a 29, abrangendo 1.016 municípios), é elevado o percentual da população total que se beneficia da transferência de renda realizada pelo Programa.

Nesses grupos, destoando dos demais municípios, o menor percentual, de 13%, encontra-se em Timbaúba dos Batistas, no Rio Grande do Norte, mas este é o único, dos 1.016, com IDH-M acima da média nacional, seguido de Andorinha, na Bahia, com 18%. O maior percentual é atingido em Várzea (PB), com 45%.

No Sul, nos municípios de até 20 mil habitantes, que correspondem aos grupos 98 a 108 (o grupo 102 foi eliminado do estudo) e abrangem 801 municípios, os percentuais encontrados são bastante baixos. As exceções ficam por conta dos grupos 99 (três municípios), 100 (seis) e 111 (cinco), aqui representados por Turvo, Grandes Rios e Prudentópolis, todos eles localizados no Paraná, com abrangência da população de 23%, 12% e 10%, respectivamente.

3.2 O Bolsa Família e Outros Recursos

A importância relativa do Bolsa Família fica também evidente quando se compara os recursos nele gastos com outros indicadores. Iniciemos a análise pelas Regiões extremas, isto é, Nordeste e Sul, como visto na parte anterior.

Em Pedra Branca, no Ceará (grupo 32), por exemplo, os recursos transferidos pelo Bolsa Família totalizam um valor correspondente a 43% da Receita Disponível (receitas próprias mais as transferências constitucionais) do município, e em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco (grupo 39), a 40%.

De maneira geral, verifica-se que, quanto menor for a Receita Disponível do município, maior será a importância relativa dos recursos transferidos pelo Programa Bolsa Família. Em relação aos recursos federais, transferidos ao SUS (Sistema Único de Saúde), no município de Vitória de Santo Antão, o Bolsa Família chega a ser 283% maior.

Novamente deve-se lembrar o fato de que os municípios aqui citados estão espelhando a realidade de um grupo de municípios. Dessa forma, Pedra Branca (grupo 32) está aqui representando a situação de 57 municípios, cujas características foram listadas acima. Vitória de Santo Antão (grupo 39), aqui, representa quatro municípios homogêneos quanto aos critérios definidos pela pesquisa. Nesse caso específico, todos são municípios localizados no Nordeste, com população de 100 mil a 500 mil habitantes, localizados, na sua maioria, em zona urbana, com IDH-M abaixo da média e com atividade econômica predominante no setor secundário.

Na Região Sul – onde a situação da renda da população é em geral bastante diferente da do Nordeste, tanto no nível quanto na distribuição –, ainda assim, resultados importantes podem ser apontados. Em Porto Alegre (grupo 119, ao qual também pertence Curitiba), 5% da população é beneficiada, recebendo recursos que equivalem a 2% da Receita Disponível, 6% das transferências federais para o SUS, 6% da arrecadação do ICMS e 31% dos recursos do FPM (Fundo de Participação dos Municípios). Evidentemente, quanto mais desenvolvido o município, menor será o volume de recursos recebidos do FPM em relação a sua Receita Disponível, o que eleva a importância relativa dos recursos do Bolsa Família em termos percentuais. Pelo mesmo motivo, quanto mais desenvolvido o município, maior será sua arrecadação a título do ICMS e, portanto, menor a relação entre os recursos do Bolsa Família e as receitas desta transferência.

Na Região Centro-Oeste, três grupos de municípios se destacam: 6, 8 e 16, representados por Divinópolis de Goiás (GO), Novo Horizonte do Norte (MT) e Itapuranga (GO). Na parte anterior do estudo, relativa à abrangência do Bolsa Família, *vis-à-vis* o total da população, esses municípios também foram objeto de atenção. Em Divinópolis de Goiás, os recursos transferidos a título do Programa Bolsa Família correspondem a 20% do ICMS, 7% dos recursos recebidos do FPM e 58% das transferências federais para o SUS; em Novo Horizonte do Norte e em Itapuranga, a 15%, 5% e 26%, e a 32%, 14% e 42%, respectivamente.

Na Região Sudeste, vários grupos chamam atenção. A título de exemplo citemos alguns. No Grupo 72 (aqui representado por Água Branca, ES, com 88 municípios de até 20 mil habitantes, IDH-M abaixo da média, com a maioria da população vivendo na zona rural e exercendo atividade junto ao setor primário), os recursos do Bolsa Família representam 10% da arrecadação do ICMS, 10% também do FPM e são 13 pontos percentuais maior do que o montante recebido pelo governo federal para uso no SUS. Já o grupo 74 (27 municípios de até 20 mil habitantes, com IDH-M abaixo da média nacional e população vivendo predominantemente na zona rural, ocupada no setor terciário da economia), aqui representado por Gonzaga (MG), as transferências do Bolsa Família representam 38% do ICMS, 9% do FPM e são 102% maior do que os recursos federais recebidos para uso no SUS.

O caso mais expressivo encontra-se no grupo 87, representado por Medina (MG), onde o Bolsa Família é 35% superior à arrecadação do município com o ICMS, representa 30% do que é recebido pelo FPM, 25% de sua Receita Disponível, e supera em 165% os recursos federais para o SUS.

De maneira geral, para o conjunto das Regiões, quanto menos desenvolvido for o município – o que transparece na baixa transferência do ICMS –, maior será a importância relativa do Programa Bolsa Família.

Em alguns casos, sem que haja necessidade de maiores investigações, não há dúvida de que o Programa é responsável por boa parte das atividades econômicas realizadas no município. Isso acontece em Medina, onde a renda de quase 30% da população é garantida pela transferência de renda do Bolsa Família.

4 Resumo

4.1 Do Ponto de Vista da População Beneficiária:

- a) Por sua abrangência, o Bolsa Família constitui o mais importante programa de transferência de renda hoje existente no país. A pesquisa estimou que, em dezembro de 2003, levando-se em conta que cada grupo estudado representa um conjunto de municípios homogêneos, 16.512.000 era o número de brasileiros beneficiários do Programa.
- b) A imensa maioria da população beneficiária encontra-se na Região Nordeste (69,1%), seguida da Sudeste (19,1%), Norte (8,0%), Centro-Oeste (2,4%) e Sul (1,4%).
- c) Como esperado, o percentual da população total dos municípios nordestinos beneficiária do Bolsa Família mostrou-se bastante elevado, variando de 13% a 45%. Apenas três municípios, pertencentes ao grupo 42 (três municípios), no estudo representado por Camaçari, na Bahia, registra percentual fora desse intervalo (6%), compatível com o observado na Região Sul. Os municípios do grupo 42 têm de 100 mil a 500 mil habitantes, IDH-M acima da média, população praticamente vivendo toda na zona urbana (95%) e atividade econômica predominante no setor secundário. Além disso, Camaçari constitui pólo petroquímico nacional.
- d) Em dois grupos de municípios da Região Nordeste, a população beneficiária da transferência de renda do Bolsa Família equivale a 45% da população. O primeiro é o grupo 25, ao qual pertence Várzea (PB), e que abrange 288 municípios, com população de até 20 mil e urbana, com IDH-M abaixo da média nacional e atividade econômica predominantemente no setor terciário. O segundo grupo é o de número 32, do qual Pedra Branca (CE) é a referência. Nele se encaixam 57 municípios, com população de 20 a 100 mil, localizada mais na zona rural, com um IDH-M abaixo da média nacional e cujas atividades econômicas são predominantemente realizadas no setor terciário.

- e) O resultado observado na Região Nordeste é, antes de tudo, reflexo da situação de pobreza em que vivem os habitantes de seus municípios, mas também do fato de o Bolsa Família nela ter se iniciado, contemplando um conjunto significativo das famílias necessitadas. Dessa forma, a importância assumida pelo Bolsa Família no Nordeste não encontra paralelo nas demais Regiões. Isso não significa, entretanto, que nas demais não se encontrem grupos de municípios nos quais parcela significativa da população seja beneficiária do Programa. Exemplo disso ocorre em Itaguatins (TO), município pertencente ao grupo 50 (no qual estão agrupados 56 municípios de até 20 mil habitantes da Região Norte, com IDH-M abaixo da média, população predominantemente urbana e que desenvolve atividade econômica terciária), em que 38% da população é beneficiária do Bolsa Família.
- f) Na Região Norte, encontram-se tanto grupos de municípios com percentual da população beneficiária extremamente baixo, como alto. Exemplos disso são: o grupo 63 (cinco municípios), no estudo representado por São Félix do Xingu (PA), onde a população beneficiária equivale apenas a 1% da população total; e os grupos 50 e 47, no estudo representados por Itaguatins e Esperantina, ambos no Tocantins, onde a população beneficiária é superior a 30% do total da população.
- g) Ainda na Região Norte, em sete grupos (46, 56, 59, 62, 66, 67 e 69), o Bolsa Família beneficia mais de 20% da população dos municípios; mas no extremo oposto, em seis grupos (45, 48, 51, 57, 63 e 68), o percentual é inferior a 10%, sugerindo que o Programa ainda não atingiu toda a Região de forma equitativa.
- h) Os baixos percentuais sugerem, também, que o Programa ainda não atingiu toda a sua população alvo, mas no caso de São Félix do Xingu é preciso levar em conta que se trata de município de 20 mil a 100 mil habitantes, com IDH-M acima da média nacional, em que a maioria da população habita a zona rural e desenvolve atividade predominantemente primária.

- i) Na Região Sudeste, a participação dos beneficiários no total da população varia muito. O maior percentual foi registrado em Medina (29%), em Minas Gerais (grupo 87, com 17 municípios de população entre 20 mil a 100 mil habitantes, com IDH-M abaixo da média, população vivendo majoritariamente na zona urbana e desenvolvendo atividade terciária). Pela ordem de grandeza, temos ainda os grupos 77 e 86, no estudo representados, respectivamente, por Lontra e Itamarandiba, ambas de Minas Gerais, onde 19% da população é beneficiária. Nos 24 grupos da Região, em 13 a porcentagem não chega sequer a 10% e, em outros cinco, é inferior a 15%.
- j) Na Região Sul, com raras exceções, o percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família é relativamente baixo, refletindo a situação socioeconômica de sua população.
- k) Destoando dos demais municípios da Região Sul, destacam-se Turvo, Grandes Rios e Prudentópolis, todos pertencentes ao estado do Paraná, com 23%, 12% e 10% da população beneficiária do Bolsa Família, respectivamente. Turvo (grupo 99, com três municípios) tem as seguintes características: população de até 20 mil habitantes, a maioria vivendo na zona rural, tem IDH-M abaixo da média nacional e desenvolve atividades predominantemente no setor secundário. Grandes Rios (grupo 100, com seis municípios) registra uma população de até 20 mil habitantes que vive, na maioria, na zona rural, apresenta IDH-M abaixo da média nacional e desenvolve atividades predominantemente no setor terciário da economia. Prudentópolis (grupo 111, com cinco municípios, todos rurais) tem população de 20 mil a 100 mil habitantes, IDH-M acima da média nacional e desenvolve atividade predominantemente no setor primário.
- l) Comparando Regiões, o número de beneficiários do Bolsa Família em relação ao total da população é significativamente mais elevado na Região Nordeste do que nos municípios das demais Regiões, em especial da Região Sul. Esse resultado reflete, evidentemente, a desigualdade existente no país, que, entre outras manifestações, se expressa na

enorme diferença de renda entre as famílias das diferentes Regiões, especialmente entre o Nordeste e o Sul. Para uma análise mais apurada sobre as diferenças entre as duas Regiões seria importante agregar o grau de cobertura do Programa, para que diferenças decorrentes do processo de implantação não influenciem os resultados.

- m)** Comparando ainda Regiões extremas, como Nordeste e Sul, observa-se que na Região Nordeste, nos grupos de até 20 mil habitantes (grupos 20 a 29, abrangendo 1.016 municípios), é elevado o percentual da população total que se beneficia da transferência de renda realizada pelo Programa. O menor percentual é de 13% em Timbaúba dos Batistas, no Rio Grande do Norte, mas este município é o único, dos 1.016, com IDH-M acima da média nacional; seguido de Andorinha, na Bahia, com 18%. Já o maior percentual é atingido em Várzea, Paraíba, com 45%.

Na Região Sul, nos municípios de até 20 mil habitantes, que correspondem aos grupos 98 a 108 (o grupo 102 foi eliminado do estudo) e abrangem 801 municípios, os percentuais encontrados são bastante baixos. As exceções são dos grupos 99 (três municípios), 100 (seis municípios) e 111 (cinco municípios), aqui representados por Turvo, Grandes Rios e Prudentópolis, todos eles localizados no Paraná, com abrangência da população de 23%, 12% e 10%.

4.2 Do Ponto de Vista da Importância dos Recursos Transferidos

- a)** Nordeste: de maneira geral, verifica-se que, quanto menor for a Receita Disponível do município, maior será a importância relativa dos recursos transferidos pelo Programa Bolsa Família. Por isso, há casos como o de Pedra Branca-CE (grupo 32, com 57 municípios), em que os recursos do Bolsa Família correspondem a 43% da Receita Disponível do município (receitas próprias mais as transferências constitucionais); e o de Vitória de Santo Antão-PE (grupo 39, com quatro municípios), em que esse percentual atinge 40%. Em relação aos recursos federais transferidos

ao Sistema Único de Saúde no município de Vitória de Santo Antão, o Bolsa Família chega a ser 283% maior.

- b)** Sul: embora a situação da renda da população seja, em geral, bastante diferente da população do Nordeste – tanto no nível quanto na distribuição – ainda assim, resultados importantes foram encontrados. Em Porto Alegre (grupo 119, ao qual também pertence Curitiba), 5% da população é beneficiada, recebendo recursos que equivalem a 2% da Receita Disponível, 6% das transferências federais para o SUS, 6% da arrecadação do ICMS e 31% dos recursos do FPM. Evidentemente, quanto mais desenvolvido o município, menor será o volume de recursos recebidos do FPM (Fundo de Participação dos Municípios) em relação à sua Receita Disponível, o que eleva a importância relativa dos recursos do Bolsa Família em termos percentuais. Pelo mesmo motivo, quanto mais desenvolvido o município, maior será sua arrecadação a título do ICMS e, portanto, menor a relação entre os recursos do Bolsa Família e as receitas desta transferência.
- c)** Centro-Oeste: destacam-se três grupos de municípios (6, 8 e 16), representados no estudo por Divinópolis de Goiás (GO), Novo Horizonte do Norte (MT) e Itupuranga (GO). Como visto anteriormente, é elevado o percentual da população beneficiária do Bolsa Família nesses municípios. Sendo assim, não é de estranhar que em Divinópolis de Goiás esses recursos correspondam a 20% do ICMS, 7% dos recursos recebidos do FPM e 58% das transferências federais para o SUS; e, em Novo Horizonte do Norte e em Itupuranga, a 15%, 5% e 26%, e a 32%, 14% e 42%, respectivamente.
- d)** Sudeste: vários grupos chamam atenção. Exemplos: em Água Branca-ES (Grupo 72, com 88 municípios de até 20 mil habitantes, com IDH-M abaixo da média, maioria da população vivendo na zona rural e exercendo atividade no setor primário), os recursos do Bolsa Família representam 10% da arrecadação do ICMS, 10% também do FPM e são 13 pontos percentuais maiores do que a transferência federal para uso no SUS. Já em Gonzaga- MG (grupo 74, com 27 municípios de

até 20 mil habitantes, IDH-M abaixo da média nacional e população vivendo predominantemente na zona rural e ocupada no setor terciário da economia), as transferências do Bolsa Família representam 38% do ICMS, 9% do FPM e são 102% maiores do que os recursos federais recebidos para uso no SUS. E ainda em Medina, MG (grupo 87), o Bolsa Família é 35% superior à arrecadação do município com o ICMS, representa 30% do que recebe pelo FPM, 25% de sua Receita Disponível, e supera em 165% os recursos federais para o SUS.

- e) De maneira geral, para o conjunto das Regiões, quanto menos desenvolvido for o município – o que transparece na baixa transferência do ICMS –, maior será a importância relativa do Programa Bolsa Família. Em alguns casos, tal como em Medina, sem que haja necessidade de maiores investigações, como a renda de quase 30% da população é garantida pela transferência de renda desse Programa, não há dúvida de que o Bolsa Família é responsável por boa parte das atividades econômicas realizadas no município.

Tabela 1: Características dos municípios

Grupo	Município	Beneficiários		Transfêrência Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
Centro-Oeste										
1	Porto Esperidião - MT	129	535	116.880	9.996	65	35	Abaixo	Primário	4,15
4	Tacuru - MS	148	564	135.360	8.717	50	50	Abaixo	Primário	3,81
6	Divinópolis de Goiás - GO	140	535	130.200	5.172	42	58	Abaixo	Terciário	3,82
7	Santa Rita do Pardo - MS	183	697	127.740	6.640	51	49	Acima	Primário	3,81
8	Novo Horizonte do Norte - MT	117	486	96.480	6.640	58	42	Acima	Terciário	4,15
9	Edéia - GO	132	504	101.880	6.640	21	79	Acima	Primário	3,82
10	Juruena - MT	104	432	94.980	6.640	31	69	Acima	Secundário	4,15
11	Mundo Novo - MS	212	808	158.280	6.640	13	87	Acima	Terciário	3,81
14	Itanhema - MS	390	1.486	262.260	6.640	30	70	Acima	Primário	3,81
15	Senador Canelado - GO	174	665	154.320	6.640	5	95	Acima	Secundário	3,82
16	Itapuranga - GO	726	2.773	626.100	6.640	26	74	Acima	Terciário	3,82
18	Rio Verde - GO	1.963	7.499	1.495.320	6.640	9	91	Acima	Terciário	3,82
19	Brasília - DF	2.057	8.002	1.726.620	6.640	4	96	Acima	Terciário	3,89

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transfêrencia Atualizada (R\$)	População			Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴	
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			IDH-M ²
Nordeste										
20	Ibirajuba - PE	413	1.755	356.100	7.438	67	33	Abaixo	Primário	4,25
21	Pecatuba - SE	764	3.362	724.620	11.536	78	22	Abaixo	Secundário	4,4
22	Andorinha - BA	638	2.833	458.028	15.774	73	27	Abaixo	Terciário	4,44
23	Itarantim - BA	1.130	5.017	934.740	16.923	23	77	Abaixo	Primário	4,44
24	Acarapé - CE	922	4.112	839.100	12.927	46	54	Abaixo	Secundário	4,46
25	Várzea - PB	206	921	160.800	2.051	32	68	Abaixo	Terciário	4,47
29	Timbaúba dos Batistas - RN	67	283	54.240	2.189	24	76	Acima	Terciário	4,22
30	Esperantinópolis - MA	1.470	6.894	1.317.600	21.224	54	46	Abaixo	Primário	4,69
31	Lagarto - SE	3.117	13.715	2.974.020	83.334	51	49	Abaixo	Secundário	4,4
32	Pedra Branca - CE	4.088	18.232	3.504.600	40.742	57	43	Abaixo	Terciário	4,46
33	Entre Rios - BA	1.079	4.791	979.020	37.513	39	61	Abaixo	Primário	4,44
34	Ribeirão - PE	2.328	9.894	1.981.500	41.449	28	72	Abaixo	Secundário	4,25
35	laçu - BA	1.983	8.805	1.793.340	28.501	24	76	Abaixo	Terciário	4,44
37	Catu - BA	1.651	7.330	1.391.760	46.731	19	81	Acima	Secundário	4,44

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transfêrencia Atualizada (R\$)	População			Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴	
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			IDH-M ²
38	Santo Antônio de Jesus - BA	2.481	11.016	2.180.640	77.368	14	86	Acima	Terciário	4,44
39	Vitória de Santo Antão - PE	4.187	17.795	3.654.660	117.609	16	84	Abaixo	Secundário	4,25
40	Caxias - MA	6.648	31.179	6.290.940	139.756	26	74	Abaixo	Terciário	4,69
42	Camaçari - BA	2.342	10.398	1.729.920	161.727	5	95	Acima	Secundário	4,44
43	Caucaia - CE	12.940	57.712	10.186.020	250.479	10	90	Acima	Terciário	4,46
44	Salvador - BA	81.769	363.054	60.764.700	2.443.107	0	100	Acima	Terciário	4,44
Norte										
45	Trairão - PA	287	1.231	255.240	14.042	79	21	Abaixo	Primário	4,29
46	Santa Bárbara do Pará - PA	632	2.711	551.640	11.378	65	35	Abaixo	Secundário	4,29
47	Esperantina - TO	562	2.450	554.160	7.623	53	47	Abaixo	Terciário	4,36
48	Ananás - TO	65	283	55.920	10.512	20	80	Abaixo	Primário	4,36
49	Almas - TO	373	1.626	351.600	8.474	34	66	Abaixo	Secundário	4,36
50	Itaguatins - TO	562	2.450	507.600	6.386	49	51	Abaixo	Terciário	4,36

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transferência Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
51	Vale do Paraíso - RO	86	347	88.580	9.863	81	19	Acima	Primário	4,03
53	Senador Guimard - AC	469	2.054	390.960	19.761	56	44	Acima	Terciário	4,38
54	Itaporã do Tocantins - TO	112	488	97.500	2.522	38	62	Acima	Primário	4,36
56	Alvorada - TO	426	1.857	391.680	8.508	8	92	Acima	Terciário	4,36
57	Iranduba - AM	331	1.513	329.460	32.303	69	31	Abaixo	Primário	4,57
58	Breu Branco - PA	1.349	5.787	1.373.340	32.446	51	49	Abaixo	Secundário	4,29
59	Tapauá - AM	987	4.511	970.200	20.595	54	46	Abaixo	Terciário	4,57
60	Santana do Araguaia - PA	1.307	5.607	1.066.740	31.218	44	56	Abaixo	Primário	4,29
62	Cruzeiro do Sul - AC	3.262	14.288	2.929.260	67.441	42	58	Abaixo	Terciário	4,38
63	São Félix do Xingu - PA	111	476	102.780	34.621	64	36	Acima	Primário	4,29
65	Curuçá - PA	1.016	4.359	962.820	26.160	62	38	Acima	Terciário	4,29
66	Tucumã - PA	1.181	5.066	1.087.620	25.309	35	65	Acima	Primário	4,29

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transfêrencia Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
67	Parauapebas - PA	3.309	14.196	2.954.460	71.568	17	83	Acima	Secundário	4,29
68	Pimenta Bueno - RO	532	2.144	462.060	31.752	17	83	Acima	Terciário	4,03
69	Abaetetuba - PA	6.406	27.482	6.372.480	119.152	41	59	Acima	Terciário	4,29
Sudeste										
72	Água Branca - ES	279	1.102	262.380	9.599	76	24	Abaixo	Primário	3,95
74	Gonzaga - MG	180	716	180.300	5.713	53	47	Abaixo	Terciário	3,98
75	Carmésia - MG	92	366	89.520	2.246	49	51	Abaixo	Primário	3,98
76	Belo Oriente - MG	741	2.949	634.680	19.516	17	83	Abaixo	Secundário	3,98
77	Lontra - MG	371	1.477	327.960	7.640	35	65	Abaixo	Terciário	3,98
78	Claraval - MG	48	191	39.000	4.242	51	49	Acima	Primário	3,98
79	São Bento do Sapucaí - SP	129	494	98.820	10.355	55	45	Acima	Secundário	3,83

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transferência Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
80	Wenceslau Braz - MG	69	275	59.940	2.596	54	46	Acima	Terciário	3,98
81	Guarani d'Oeste - SP	31	119	26.460	2.006	14	86	Acima	Primário	3,83
82	Roseira - SP	114	437	106.620	8.577	7	93	Acima	Secundário	3,83
83	Bom Jesus dos Perdões - SP	60	230	54.060	13.313	16	84	Acima	Terciário	3,83
84	Minas Novas - MG	910	3.622	866.820	30.646	75	25	Abaixo	Primário	3,98
85	Monte Azul - MG	973	3.873	882.060	23.832	52	48	Abaixo	Terciário	3,98
86	Itamarandiba - MG	1.422	5.660	1.350.480	29.400	40	60	Abaixo	Primário	3,98
87	Medina - MG	1.552	6.177	1.351.080	21.641	33	67	Abaixo	Terciário	3,98
88	Domingos Martins - ES	178	703	145.200	30.559	81	19	Acima	Primário	3,95
90	Piedade - SP	585	2.241	503.580	50.131	56	44	Acima	Terciário	3,83
91	Patrocínio - MG	1.175	4.677	905.640	73.130	14	86	Acima	Primário	3,98
92	Cajati - SP	932	3.570	931.980	29.227	28	72	Acima	Secundário	3,83

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transferência Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
93	Nanuque - MG	748	2.977	652.380	41.619	9	91	Acima	Terciário	3,98
94	Indaiatuba - SP	323	1.237	234.720	147.050	2	98	Acima	Secundário	3,83
95	Ribeirão das Neves - MG	4.404	17.528	3.333.600	246.846	1	99	Acima	Terciário	3,98
96	São Bernardo do Campo - SP	6.996	26.795	5.672.400	703.177	2	98	Acima	Secundário	3,83
97	Santo André - SP	5.141	19.690	4.349.400	649.331	0	100	Acima	Terciário	3,83
Sul										
98	Ramilândia - PR	29	110	25.320	3.868	55	45	Abaixo	Primário	3,81
99	Turvo - PR	883	3.364	765.600	14.530	71	29	Abaixo	Secundário	3,81
100	Grandes Rios - PR	251	956	229.860	7.868	52	48	Abaixo	Terciário	3,81
101	Campo do Tenente - PR	128	488	99.000	6.335	46	54	Abaixo	Primário	3,81
103	São Valério do Sul - RS	38	139	35.520	2.625	82	18	Acima	Primário	3,65
104	Presidente Lucena - RS	4	15	3.420	2.069	53	47	Acima	Secundário	3,65

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Tabela 1: Características dos municípios – Continuação

Grupo	Município	Beneficiários		Transfêrencia Atualizada (R\$)	População			IDH-M ²	Atividade Econômica ³	Pessoas/Família ⁴
		Nº Famílias em 07/2004	Nº de Pessoas ¹		Total	Rural %	Urbana %			
105	Gravatal - SC	74	277	56.460	10.799	64	36	Acima	Terciário	3,74
106	Florestópolis - PR	96	366	49.860	12.190	16	84	Acima	Primário	3,81
107	Siderópolis - SC	104	389	78.000	12.082	25	75	Acima	Secundário	3,74
108	Jardim Olinda - PR	31	118	28.020	1.523	35	65	Acima	Terciário	3,81
109	Reserva - PR	63	240	66.240	23.977	60	40	Abaixo	Primário	3,81
111	Prudentópolis - PR	1.169	4.454	987.420	46.346	61	39	Acima	Primário	3,81
114	Fraiburgo - SC	545	2.038	503.460	32.948	16	84	Acima	Primário	3,74
115	Indaial - SC	362	1.354	276.540	40.194	5	95	Acima	Secundário	3,74
116	Rosário do Sul - RS	237	865	205.500	41.058	12	88	Acima	Terciário	3,65
117	Jaraguá do Sul - SC	639	2.390	422.700	108.489	11	89	Acima	Secundário	3,74
118	Bagé - RS	2.624	9.578	2.074.740	118.767	18	82	Acima	Terciário	3,65
119	Porto Alegre - RS	20.433	74.580	16.586.160	1.360.590	3	97	Acima	Terciário	3,65

1 - Número de famílias beneficiárias multiplicado pelo tamanho médio da família

2 - Acima ou abaixo da média nacional

3 - Atividade econômica predominante

4 - Número médio no estado a que pertence o município

Fonte: Elaboração própria

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon. %	BF/SUS transf. fed. %	BF/ ICMS %	BF/ FPM %	Beneficiários / população total %
Centro-Oeste										
1	Porto Esperidião - MT	6.483.994	438.909	2.309.010	3.044.833	2	27	4	5	5
4	Tacuru - MS	4.747.811	553.814	2.569.403	1.580.641	3	24	9	5	6
6	Divinópolis de Goiás - GO	2.780.753	226.128	1.916.514	641.166	5	58	20	7	10
7	Santa Rita do Pardo - MS	8.939.711	146.989	2.188.284	3.922.064	1	87	3	6	11
8	Novo Horizonte do Norte - MT	3.138.838	366.049	2.128.727	641.328	3	26	15	5	14
9	Edéia - GO	6.749.885	484.185	2.555.410	3.152.733	2	21	3	4	5
10	Juruena - MT	3.480.431	953.377	1.732.087	1.171.006	3	10	8	5	8
11	Mundo Novo - MS	7.864.042	535.273	5.138.909	1.878.181	2	30	8	3	5
14	Ivinhema - MS	9.247.850	1.783.822	5.138.689	2.875.170	3	15	9	5	7

1 - Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 - Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
15	Senador Canelo - GO	38.931.609	4.111.675	7026.763	28.932.175	0,4	4	1	2	1
16	Itapuranga - GO	7.739.425	1.499.406	4.549.322	1.983.701	%	%	%	%	%
18	Rio Verde - GO	67.252.521	12.445.777	10.859.791	34.448.100	2	12	4	14	6
19	Brasília - DF	4.449.578.172	685.580.335	149.876.593		0,04	0,3	0,1	1	0,4
Nordeste										
20	Ibirituba - PE	2.772.001	392.153	2.350.532	307.603	13	91	116	15	24
21	Pacatuba - SE	4.774.116	553.651	7.996.084	5.808.348	15	131	12	9	29
22	Andorinha - BA	5.543.360	279.018	3.599.922	1.558.408	8	164	29	13	18
23	Itarantim - BA	5.309.418	1.184.353	3.599.545	1.401.288	18	79	67	26	30
24	Acarapé - CE	4.881.860	529.491	2.907.776	1.781.898	17	158	47	29	32
25	Várzea - PB	2.382.104	122.042	2.012.508	286.208	7	132	56	8	45
29	Timbaúba dos Battistas - RN	2.306.607	115.833	2.052.689	221.369	2	47	25	3	13

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
30	Esperantinópolis - MA	5.839.549	1.547.168	6.727.171	128.658	23	85	1024	20	32
31	Lagarto - SE	14.879.859	5.690.500	9.543.750	3.706.662	20	52	80	31	16
32	Pedra Branca - CE	8.092.003	3.101.097	6.542.394	1.126.327	43	113	311	54	45
33	Entre Rios - BA	15.343.795	889.155	6.359.701	7.193.181	6	110	14	15	13
34	Ribeirão - PE	9.113.108	953.401	6.379.046	2.215.840	22	208	89	31	24
35	laçu - BA	7.164.500	929.409	4.908.432	1.565.483	25	193	115	37	31
37	Catu - BA	14.436.082	4.298.773	6.871.763	3.758.065	10	32	37	20	16
38	Santo Antônio de Jesus - BA	17.988.779	3.344.161	9.186.944	4.912.483	12	65	44	24	14
39	Vitória de Santo Antão - PE	9.113.108	953.401	11.752.046	8.386.491	40	383	44	31	15
40	Caxias - MA	21.319.750	16.332.770	14.426.422	1.576.161	30	39	399	44	22
42	Camaçari - BA	2.171.191,188	12.541.675	24.673.457	139.345.540	1	14	1	7	6
43	Caucaia - CE	52.730.467	10.554.665	29.175.887	12.634.599	19	97	81	35	23

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
44	Salvador - BA	836.366.189	51.733.039	164.857.883	234.501.793	7	117	26	37	15
Norte										
45	Trairão - PA	4.456.520	309.368	3.005.627	1.067.815	6	83	24	8	9
46	Santa Bárbara do Peirá - PA	3.458.465	667.053	2.405.742	802.069	16	83	69	23	24
47	Esperantina - TO	1.749.731	628.112	1.522.857	146.441	32	88	378	36	32
48	Ananás - TO	2.330.228	285.224	2.030.475	1.488.365	2	20	4	3	3
49	Almas - TO	2.194.744	518.588	1.522.857	381.286	16	68	92	23	19
50	Itaguatins - TO	2.353.306	260.891	1.912.652	237.849	22	195	213	27	38
51	Vale do Paraíso - RO	2.899.340	495.358	1.524.079	1.190.075	3	17	7	5	4
53	Senador Guiomard - AC	5.247.908	619.012	3.127.571	1.818.128	7	63	22	13	10
54	Itaporã do Tocantins - TO	2.130.086	204.408	1.522.857	502.577	5	48	19	6	19
56	Alvorada - TO	3.640.281	369.580	1.673.514	1.557.728	11	106	25	23	22
57	Irlanduba - AM	7.980.178	1.205.308	4.359.933	3.277.190	4	27	10	8	5

1 - Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 - Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
58	Breu Branco - PA	8.398.368	993.424	4.808.799	2.563.642	16	138	54	29	18
59	Tapauá - AM	8.011.990	1.240.394	4.926.620	3.780.829	12	78	26	20	22
60	Santana do Araguaia - PA	8.854.232	2.318.770	4.811.609	3.035.449	12	46	35	22	18
62	Cruzeiro do Sul - AC	13.359.053	2.096.548	6.777.790	5.193.296	22	140	56	43	21
63	São Félix do Xingu - PA	13.037.322	3.387.237	6.613.439	4.582.168	1	3	2	2	1
65	Curuçá - PA	5.221.444	648.167	4.212.078	801.552	18	149	120	23	17
66	Tucumã - PA	21.874.763	2.711.141	8.266.147	10.610.468	5	40	10	13	20
67	Parauapebas - PA	83.876.129	6.278.930	7.820.077	48.443.606	4	47	6	38	20
68	Pimenta Bueno - RO	11.515.072	3.214.408	4.930.413	4.720.561	4	14	10	9	7
69	Abetetuba - PA	83.876.129	6.278.930	10.221.008	2.349.196	8	101	271	62	23
Sudeste										
72	Água Branca - ES	5.605.957	231.676	2.512.739	2.679.052	5	113	10	10	11
74	Gonzaga - MG	2.617.346	176.053	1.963.937	470.476	7	102	38	9	13

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
75	Carmésia - MG	3.047.036	208.710	2.037.597	705.085	3	43	13	4	16
76	Belo Oriente - MG	31.532.400	585.193	4.075.307	20.941.360	2	108	3	16	15
77	Lontra - MG	2.518.560	211.300	2.036.783	393.415	13	155	83	16	19
78	Claraval - MG	3.778.631	117.855	2.036.783	1.350.825	1	33	3	2	5
79	São Bento do Sapucaí - SP	4.913.291	193.578	2.638.372	1.340.535	2	51	7	4	5
80	Wenceslau Braz - MG	2.433.088	43.365	2.037.637	333.306	2	138	18	3	11
81	Guarani d'Oeste - SP	2.728.893	163.466	1.931.560	670.485	1	16	4	1	6
82	Roseira - SP	4.117.390	153.120	1.950.065	1.230.000	3	70	9	5	5
83	Bom Jesus dos Perdões - SP	7904.442	544.359	3.297.633	1.871.293	1	10	3	2	2
84	Minas Novas - MG	7503.912	725.854	5.431.091	1.437.108	12	119	60	16	12
85	Monte Azul - MG	6.445.265	878.163	5.214.769	817.186	14	100	108	17	16
86	Itamarandiba - MG	7.250.383	1.154.024	4.888.481	1.624.001	19	117	83	28	19

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
87	Medina - MG	5.954.675	509.834	4.562.692	997.838	23	265	135	30	29
88	Domingos Martins - ES	14.591.469	1.268.503	5.324.276	7.200.812	1	11	2	3	2
90	Piedade - SP	19.151.120	823.566	7.256.089	5.845.998	3	61	9	7	4
91	Patrocínio - MG	26.621.077	6.040.274	8.835.373	10.653.820	3	15	9	10	6
92	Cajati - SP	18.605.479	609.537	4.683.690	11.287.656	5	153	8	20	12
93	Nanuque - MG	12.279.963	2.908.244	6.192.369	3.176.842	5	22	21	11	7
94	Indaítuba - SP	109.911.656	10.036.140	16.705.288	38.571.473	0,2	2	1	1	1
95	Ribeirão das Neves - MG	33.244.950	11.530.249	19.434.215	7.643.151	10	29	44	17	7
96	São Bernardo do Campo - SP	711.315.791	32.703.134	16.705.780	331.292.559	1	17	2	34	4

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS – transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
97	Santo André - SP	404.850.898	33.647.161	16.844.914	151.950.401	1	13	3	26	3
Sul										
98	Ramilândia - PR	3.186.510	155.007	2.150.431	849.702	1	16	3	1	3
99	Turvo - PR	7.231.541	560.898	3.455.500	2.948.816	11	136	26	22	23
100	Grandes Rios - PR	3.808.557	260.431	2.827.392	709.217	6	88	32	8	12
101	Campo do Tenente - PR	3.778.545	324.798	2.150.431	1.176.673	3	30	8	5	8
103	São Valério do Sul - RS	2.490.723	360.316	1.815.042	561.481	1	10	6	2	5
104	Presidente Lucena - RS	2.726.760	23.952	1.814.910	729.326	0	14	0,5	0,2	1
105	Gravatal - SC	4.086.753	496.805	2.381.986	1.046.860	1	11	5	2	3
106	Florestópolis - PR	4.551.359	394.245	2.827.193	1.248.120	1	13	4	2	3
107	Siderópolis - SC	7.690.440	492.706	2.571.578	4.167.905	1	16	2	3	3
108	Jardim Olinda - PR	2.793.501	104.613	2.150.431	447.247	1	27	6	1	8
109	Reserva - PR	8.878.510	813.379	5.017.269	2.527.986	1	8	3	1	1

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Tabela 2: A importância relativa do Bolsa Família – Continuação

Grupo	Município	Receita Disponível ¹	SUS - transferências federais ²	FPM ¹	ICMS ¹	BF/ Rec. Dispon.	BF/SUS transf. fed.	BF/ ICMS	BF/ FPM	Beneficiários / população total
111	Prudentópolis - PR	15.160.355	790.621	6.596.649	5.456.170	7	125	18	15	10
114	Fraiburgo - SC	16.814.870	754.679	5.031.931	9.067.223	3	67	6	10	6
115	Indaial - SC	21.783.894	1.378.435	5.360.214	10.528.473	1	20	3	5	3
116	Rosário do Sul - RS	14.838.054	726.045	5.512.366	7.085.518	1	28	3	4	2
117	Jaraguá do Sul - SC	82.916.316	9.656.508	9.528.578	48.449.680	1	4	0,9	4	2
118	Bagé - RS	36.240.557	2.592.325	10.286.287	13.207.859	6	80	16	20	8
119	Porto Alegre - RS	983.402.414	267.452.694	53.138.410	276.036.406	2	6	6	31	5

1 – Fonte: STN (Secretaria do Tesouro Nacional), 2003.

2 – Fonte: SIOPS (Sistema de Informações sobre o Orçamento Público em Saúde), 2003.

Fonte: Elaboração Própria

Bibliografia

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Ipeadata**. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores**. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/indicadores.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2001

BRASIL. Secretaria do Tesouro Nacional. **Tesouro Nacional**. Brasília, DF, [2001]. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br>>. Acesso em: 29 jul. 2001.

FUNDAÇÃO Getúlio Vargas (Rio de Janeiro). **IBRE**: Instituto Brasileiro de Economia. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.ibre.fgv.br>>. Acesso em: 29 jul. 2001.

INSTITUTO Cidadania (São Paulo). **Projeto Fome Zero**: uma proposta de segurança alimentar para o Brasil. São Paulo, 2001.

POCHMANN, M. *et al.* **Atlas da exclusão social**: os ricos no Brasil. São Paulo: Cortez, 2004. v. 3.



**Pesquisa de Opinião com Beneficiários
do Programa Bolsa Família**

Capítulo VI
Capítulo VI

Pesquisa de Opinião com Beneficiários do Programa Bolsa Família

Instituto Pólis¹

1 Apresentação

Neste artigo serão apresentados os resultados da pesquisa de opinião, realizada em 2004, pelo Instituto Pólis, com mais de 2.300 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Antes, porém, é importante destacar alguns elementos metodológicos para que o leitor possa contextualizar melhor os resultados da referida pesquisa, obtidos a partir das respostas fornecidas pelos entrevistados a mais de oitenta perguntas constantes em um questionário aplicado em todo o país.

O levantamento de campo da pesquisa de opinião com os usuários do Programa Bolsa Família foi realizado entre os dias 10 de setembro e 04 de outubro de 2004. A unidade de análise da pesquisa foi constituída pela família beneficiária, sendo que, a partir do universo de beneficiários, foi definida uma amostra probabilística, com alocação quase igual por regiões do país e, dentro das regiões, a amostra foi estratificada segundo o porte dos municípios.

A alocação da amostra nas regiões do país foi semelhante: 400 entrevistas em cada uma das Regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte, de modo a garantir, em cada uma, estimativas para os parâmetros em estudo dentro

1 Instituição privada de pesquisa, com sede em Belo Horizonte/MG, que desenvolve pesquisas sociais, de opinião e de mercado para organismos governamentais e não-governamentais.

de uma margem de erro máxima de cinco pontos percentuais para mais ou para menos. Na Região Nordeste, na qual é maior o número de beneficiários, foram realizadas 717 entrevistas, garantindo dentro da região estimativas para os parâmetros em estudo dentro de uma margem de erro máxima de aproximadamente 3,8 pontos percentuais. Para a análise dos dados de todo país, as informações foram ponderadas por região, com peso proporcional ao número de beneficiários do Programa.

A seleção das unidades de observação (famílias beneficiárias) se deu em múltiplos estágios. No primeiro estágio, foram selecionados 86 municípios aleatoriamente, estratificados por regiões do país e pelo porte. A partir da lista de referência das famílias beneficiárias do Programa, fornecida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), foi feita a seleção aleatória das famílias de beneficiários nesses municípios. A seleção das famílias considerou listas de substituição para aqueles casos em que a família beneficiária selecionada foi localizada no endereço indicado, casos de recusas, morte do beneficiário e outras situações, além de casos em que, após dois retornos ao domicílio em horários diferentes, o responsável legal não foi encontrado.

Eis porque, na Região Sul, foram realizadas 400 entrevistas (17,26% do total), mesmo número e proporção das entrevistas realizadas nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Enquanto o erro estimado dentro do estrato foi de mais ou menos 3,8 pontos percentuais no caso da Região Nordeste, nas demais regiões o maior erro estimado no estrato foi de cinco pontos percentuais. Somando-se as 1.600 entrevistas realizadas nas quatro regiões com menos famílias beneficiárias às 717 realizadas na Região Nordeste (30,95% do total), foram realizadas no total 2.317 entrevistas. A ponderação dos dados por regiões observou a proporcionalidade das famílias de beneficiários do Programa Bolsa Família encontrada na população real.

Dentro das cinco Regiões do país, a amostra foi estratificada por portes de municípios com tamanho definido por uma escala de 1 a 6, segundo o número de famílias beneficiárias. Os municípios de porte 1 foram classificados como sendo aqueles com até 1.000 (mil) beneficiários, representando até 20,9% da população do respectivo município. Assim, no conjunto da amostra foram incluídos 18

municípios desse porte². Os municípios de porte 2 foram classificados como sendo aqueles entre 1.001 e 3.000 beneficiários, representando até 32,2% da população do município. Foram incluídos 21 (vinte e um) municípios desse porte na pesquisa³. Os municípios de porte 3 foram classificados como sendo aqueles com um número de beneficiários entre 3.001 e 8.000, até 23,1% da população do município. Foram incluídos 18 (dezoito) municípios desse porte na pesquisa⁴. Os municípios de porte 4 foram classificados como sendo aqueles com um número de beneficiários entre 8.001 e 16.000, representando até 8,0% da população do município. Foram incluídos 11 municípios desse porte na pesquisa⁵. Os municípios de porte 5 foram classificados como sendo aqueles com um número de beneficiários entre 16.001 e 40.000, representando até 7,2% da população do município. Foram incluídos 10 municípios desse porte na pesquisa⁶. Finalmente, os municípios de porte 6 foram classificados como sendo aqueles com um número de beneficiários acima de 40.000, representando até 8,5% da população do município. Foram incluídos oito municípios desse porte na pesquisa⁷.

Destacados estes parâmetros metodológicos da pesquisa, vejamos alguns dos seus resultados mais importantes. A apresentação desses resultados será feita em seções correspondendo aos principais itens perguntados, começando com a percepção geral do público beneficiário.

-
- 2 Acorizal (MT), Jaraguari (MS), Jussari (BA), Granjeiro (CE), Lago do Junco (MA), Salgadinho (PE), Bom Jesus (RN), Dom Expedito Lopez (PI), Presidente Figueiredo (AM), Inhangapi (PA), Capitão Andradas (MG), Carmo do Cajuru (MG), Vassouras (RJ), Anhumas (SP), Cravinhos (SP), Corbélia (PR), São Martinho (RS) e Luiz Alves (SC).
 - 3 Poconé (MT), Inhumas (GO), Itumbiara (GO), Corumbá (MS), Quebrângulo (AL), Camaçari (BA), Guaiuba (CE), Alcântara (MA), Bonito (PE), Jardim das Piranhas (RN), Inhuma (PI), Iranduba (AM), Bujaru (PA), Guajará Mirim (RO), Cataguases (MG), Mariana (MG), Barra Mansa (RJ), Jacaréi (SP), Rio Branco do Sul (PR), Lageado (RS) e Blumenau (SC).
 - 4 Várzea Grande (MT), Candeias (BA), Barbalha (CE), Palmeira dos Índios (AL), Picos (PI), Bacabal (MA), Araripina (PE), Parnamirim (RN), Parintins (AM), Altamira (PA), Cacoal (RO), Divinópolis (MG), Petrópolis (RJ), Presidente Prudente (SP), Ribeirão Preto (SP), Cascavel (PR), Santa Maria (RS) e Florianópolis (SC).
 - 5 Anápolis (GO), Campo Grande (MS), Cuiabá (MT), Itabuna (BA), Vitória do Santo Antão (PE), Porto Velho (RO), Boa Vista (RR), Governador Valadares (MG), Belfort Roxo (RJ), Campinas (SP) e Londrina (PR).
 - 6 Goiânia (GO), Brasília (DF), Maceió (AL), Caruaru (PE), Belém (PA), Duque de Caxias (RJ), Guarulhos (SP), Natal (RN), Porto Alegre (RS) e Curitiba (PR).
 - 7 Salvador (BA), Fortaleza (CE), São Luís (MA), Recife (PE), Manaus (AM), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP).

2 Percepção do Público Beneficiário e Parâmetros de Renda e Despesa

De modo geral, é importante destacar que já em 2004 o Programa Bolsa Família era muito bem avaliado pelos responsáveis legais beneficiários: 85,3% consideravam-no ótimo ou bom, 13,7%, como regular e menos de 1% dos entrevistados na amostra nacional avaliavam-no de forma negativa, com citações de ruim e/ou péssimo.

A nota média atribuída pelos responsáveis legais ao Programa Bolsa Família foi de 8,47. Metade dos responsáveis legais atribuiu notas de 0 a 9 (mediana) ao Programa e a outra metade de 9 a 10, o que indica grande concentração de notas altas. Dez (10) foi a nota que mais se repetiu na pesquisa (moda). Apesar da nota média atribuída ao Programa ter sido alta em todos os portes de municípios e regiões do país, considerando-se a margem de erro do levantamento, de cinco pontos percentuais para mais ou para menos, verificaram-se diferenças estatisticamente relevantes entre as notas médias no estrato de municípios Porte 2 e no estrato Região Centro-Oeste, estratos nos quais foram verificadas as menores notas médias, respectivamente 8,28 e 7,67, ainda assim bastante altas.

Considerando a margem de erro do levantamento, as notas médias por porte de município foram assim distribuídas: Porte 1 (8,7), Porte 2 (8,28), Porte 3 (8,45), Porte 4 (8,74), Porte 5 (8,31) e, finalmente, Porte 6 (8,58). No caso das regiões, considerando-se a mesma margem de erro do levantamento, verificaram-se diferenças estatisticamente relevantes entre as médias do estrato Região Centro-Oeste e as demais Regiões do país, cujas notas médias foram, respectivamente: Norte (8,86), Nordeste (8,58), Sudeste (8,29), Sul (8,48) e Centro-Oeste (7,67).

O Programa foi considerado muito importante ou importante por quase 97% dos responsáveis legais pelo recebimento do benefício. Apenas 3,2% sustentaram ser o Programa “pouco importante” ou “sem importância”.

Em média, os beneficiários do Programa declararam receber um valor referente ao benefício de R\$ 64,19. Enquanto metade dos beneficiários recebe entre R\$ 15,00 e R\$ 65,00 (mediana), a outra metade ganha entre R\$ 65,00 e R\$ 95,00.

Considerando a margem de erro do levantamento, estimamos os parâmetros dos benefícios médios do Programa por Região nos seguintes intervalos: a) Região Norte, entre R\$ 66,86 e R\$ 71,89; b) Região Nordeste, entre R\$ 66,29 e R\$ 69,00; c) Região Sudeste, entre R\$ 56,99 e R\$ 62,09; d) Região Sul, entre R\$ 55,38 e R\$ 60,96; e) Região Centro-Oeste, entre R\$ 56,49 e R\$ 61,11.

Foi perguntada aos entrevistados qual a renda das pessoas que moravam no seu domicílio no último mês, somando-se a renda do próprio entrevistado e a de todos os outros moradores, considerando todas as fontes tais como salários, horas-extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, benefício do Programa Bolsa Família etc.

Segundo as respostas obtidas para esta pergunta, as famílias dos beneficiários do Programa tinham, em 2004, uma renda média de R\$ 367,03 com o valor do benefício já incluído. A metade dos entrevistados tinha renda familiar entre R\$ 50,00 (valor mínimo) e R\$ 375,00 (mediana). A outra metade entre R\$ 375,00 (mediana) e R\$ 2.000,00 (valor máximo). Considerando a margem de erro do levantamento, o parâmetro da renda familiar foi estimado nas diferentes Regiões nos seguintes intervalos: a) Região Norte, entre R\$ 328,06 e R\$ 354,79; b) Região Nordeste, entre R\$ 330,22 e R\$ 349,62; c) Região Sudeste, entre R\$ 405,19 e R\$ 440,07; d) Região Sul, entre R\$ 360,17 e R\$ 386,66; e) Região Centro-Oeste, entre R\$ 359,60 e R\$ 375,62.

O benefício do Bolsa Família representava na época da pesquisa uma variação percentual média positiva da renda familiar de 30,81%. Sem o benefício, os participantes do Programa teriam uma renda familiar média de R\$ 302,47 e uma renda familiar mediana de R\$ 305,00.

Do ponto de vista dos gastos e despesas, os alimentos lideravam a lista dos itens mais consumidos com o benefício do Programa em 2004, sendo este item citado por 48,7% dos responsáveis legais. O item alimentação era seguido por material escolar (18%), roupas/calçados (14,3%), remédios (10,1%), água/luz/gás (5,2%) e material de limpeza (1,5%).

Vale notar que este perfil de gastos foi obtido a partir de uma pergunta estimulada sobre itens típicos de despesas das famílias:

“Gostaria de lembrar a você que as pessoas podem gastar o dinheiro do Programa da maneira que acharem melhor. Pensando nisso, vou ler uma lista de coisas com as quais, geralmente, as famílias têm despesas. Gostaria de saber com qual destas coisas vocês costumam gastar o dinheiro que recebem do Programa”.

Outros itens além dos mencionados no parágrafo anterior foram citados por menos de 1% dos entrevistados.

Em média, as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família gastavam R\$ 144,60 com alimentos e produtos de limpeza para as suas casas. Metade dos beneficiários do Programa gastava entre R\$ 0,00 (valor mínimo) e R\$ 120,00 (mediana) com alimentos e produtos de limpeza para a casa. A outra metade consumia, com estes dois itens (alimentos e produtos de limpeza), algo entre R\$ 120,00 (mediana) e R\$ 700,00 (valor máximo). As famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família despendiam em média 39,64% do orçamento familiar com a alimentação e produtos em 2004. Metade das famílias consumia entre 0% (valor mínimo) e 35,71% (mediana) do orçamento familiar com a alimentação e produtos de limpeza. A outra metade consumia entre 35,71% (mediana) até 3,5 vezes mais do que a renda familiar (valor máximo) com os mesmos itens. A frequência que mais se repetiu na pesquisa foi a de gastos de 50% (moda) da renda familiar com alimentação e produtos de limpeza.

Em média, as famílias beneficiárias do Programa consumiam R\$ 24,86 com remédios. A metade das famílias beneficiárias gastava entre R\$ 0,00 (valor mínimo) e R\$ 15,00 (mediana). A outra metade consumia entre R\$ 15,00 (mediana) a até R\$ 400,00 (valor máximo). Outra maneira de observar o gasto com medicamentos foi constatar que, em média, as famílias do Programa gastavam 7,12% da renda familiar com remédios. A metade delas despendia até 3,95% (mediana) do orçamento com remédios. A outra metade gastava entre 3,95% (mediana) e 80% da renda familiar com medicamentos.

No caso dos gastos com energia elétrica, as famílias despendiam, em média, R\$ 32,66 com este item. A metade delas gastava entre R\$ 0,00 (valor mínimo) e R\$ 27,00 (mediana). A outra metade despendia entre R\$ 27,00 (mediana) e

R\$ 186,00 (valor máximo) com a conta de luz. A frequência da despesa com eletricidade que mais se repetiu foi de R\$ 20,00.

Explicitados os parâmetros de avaliação geral do Programa Bolsa Família à época da pesquisa, bem como os parâmetros de renda e despesa dos beneficiários, os dados obtidos pela pesquisa, referentes à avaliação do tipo antes/depois, foram bastante consistentes com os dados obtidos nas questões anteriores.

Para 87,8% dos responsáveis legais beneficiários do Programa Bolsa Família, a vida familiar melhorou muito (25,9%) ou melhorou (62%) desde que a família ingressou no Programa. Uma parcela pequena acreditava que a vida familiar não havia se alterado (11,9%), enquanto apenas 0,3% diziam que a vida familiar havia piorado ou piorado muito. Entre as Regiões do país, não houve relevância estatisticamente significativa em relação à percepção familiar da qualidade de vida após o ingresso no Programa (a variável se distribuiu por igual entre as regiões). Com exceção da Região Sudeste, na qual houve de fato maior incidência de respostas “a vida continuou igual” sem, no entanto, que isso chegasse a suplantar a percepção dominante de que a vida havia melhorado.

Apesar da percepção prevalente entre a maioria dos entrevistados ter sido a de que a vida melhorou, para 52,7% dos participantes do Programa, o valor do benefício era considerado “médio”, enquanto 8,7% o consideravam “alto” e uma parte expressiva dos entrevistados (37,2%) o considerava “baixo”.

No que diz respeito à percepção de melhoria potencial, em 2004 a maioria dos responsáveis legais beneficiários do Bolsa Família tinham expectativa positiva em relação ao futuro. Para 60,6% deles, a vida da família estaria melhor dentro de cinco anos, enquanto 36,7% acreditavam que estaria igual e 2,3% diziam que a vida iria piorar. Atenuando um pouco mais este grau moderado de otimismo, verificou-se que, para 37,1% dos entrevistados, a família continuaria a necessitar do benefício nos próximos cinco anos, enquanto outros 37,4% diziam “esperar que não”. Apenas 4,6% diziam categoricamente que não iriam precisar do benefício, enquanto 20,9% diziam não saber projetar o que iria acontecer num prazo de cinco anos.

3 Condições Sociais dos Beneficiários do Programa Bolsa Família

No que diz respeito ao aspecto essencial da alimentação e do combate à fome, foi construída uma escala de acesso à alimentação pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com cinco níveis (muito bom/ bom/ mediano/ precário/ muito precário)⁸.

Constatou-se que o acesso à alimentação por parte da família beneficiária do Programa era considerado muito bom por 43,4% dos entrevistados, bom por 24,9%, mediano por 20,9%, precário por 9,7% e muito precário por 1,2% dos responsáveis legais pelo benefício nas famílias beneficiárias.

Os adultos faziam três ou mais refeições por dia em 61,7% dos domicílios pesquisados, sendo que, em 29,8% dos domicílios, eles faziam três ou mais refeições quase todos os dias. Em 6,8% isso ocorria poucos dias na semana e, em apenas 1,8% dos domicílios, os adultos não tinham acesso a três ou mais refeições por dia em nenhum dia da semana.

No caso das crianças, em 66% dos domicílios das famílias beneficiárias do Programa elas faziam três ou mais refeições todos os dias da semana; em 21,9%, elas tinham acesso a três ou mais refeições quase todos os dias da semana; em 4,8%, a três ou mais refeições por dia em poucos dias da semana e, em 1,2% dos domicílios, as crianças nunca tinham três ou mais refeições por dia.

Para 67,4% das famílias beneficiárias do Programa, a qualidade dos alimentos que elas ingeriam era muito boa ou boa, enquanto 30,7% consideravam-na regular e 1,9% afirmavam que a qualidade dos alimentos era ruim ou muito ruim. Entretanto, em 82,4% dos domicílios de participantes do Programa, os responsáveis legais acreditavam que a alimentação da família havia melhorado após

8 Escala de acesso à alimentação: transformação linear das variáveis num contínuo de 0 a 10 (em que zero representa acesso muito precário e 10 representa acesso muito bom), seguida de transformação do contínuo em 5 categorias. Categorias da escala: 1) acesso muito bom à alimentação; 2) acesso bom à alimentação; 3) acesso mediano à alimentação; 4) acesso precário à alimentação; 5) acesso muito precário à alimentação. Escala construída a partir das variáveis: “Pensando na quantidade de alimentos consumidos por sua família, você diria que”: 1) muitas vezes não é suficiente para todos se alimentarem bem; 2) algumas vezes não é suficiente para todos se alimentarem bem; 3) sempre é suficiente para todos se alimentarem bem.

sua família ter começado a receber o benefício. Do total de entrevistados, 17,4% disseram que a alimentação “continuou igual” e em apenas 0,2% dos domicílios os entrevistados afirmaram que a alimentação piorou.

É importante ter em mente que o Programa Bolsa Família foi implantado em contextos socialmente dados e um dos objetivos dessa pesquisa era justamente captar a percepção dos entrevistados acerca dessas condições sociais prévias. Por meio da análise dos resultados de uma série de perguntas relativas à infra-estrutura local e à estrutura familiar, foi possível compreender melhor as expectativas e atitudes dos entrevistados em relação ao Programa.

A primeira série de perguntas procurou avaliar a percepção sobre acesso à escola e aos programas de saúde. Perguntados, por exemplo, sobre a proximidade da escola que as crianças freqüentavam em relação à casa do entrevistado, 15,5% responderam que era muito próxima e 61,3% responderam que era próxima. Por outro lado, 11,6% disseram que era longe e 0,6%, que era muito longe. As demais respostas explicaram situações em que não havia crianças nas famílias, ou que estas não estavam em idade escolar, ou ainda que estavam em idade escolar, mas não estudavam. Do mesmo modo, perguntados sobre o grau de dificuldade para encontrar vagas nas escolas públicas, 13,3% dos respondentes disseram ser muito fácil, 67,5% julgaram ser fácil, 13,8% consideraram difícil e 1,7% dos entrevistados achavam muito difícil, enquanto 3,7% não sabiam ou não quiseram responder.

No caso da maior ou menor proximidade dos postos de saúde, 9,7% dos entrevistados disseram que existiam postos de saúde muito próximos do local de moradia, enquanto 67,1% responderam “próximo”, 20,9% “longe”, 1,5% “muito longe” e 0,7% não sabiam ou não quiseram responder. No bairro de moradia dos entrevistados existiam unidades ou agentes do Programa de Saúde da Família (PSF) segundo 53% dos entrevistados; não existiam segundo 32% e 14,9% não sabiam dizer. A obtenção de atendimento nos serviços públicos de saúde foi considerada muito fácil por apenas 2,5% dos respondentes, enquanto 38,4% consideraram fácil, 39,5% acharam difícil, 17,8% disseram ser muito difícil e 1,9% não souberam dizer ou não quiseram responder.

Além de perceberem uma maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde do que no acesso às escolas públicas, os entrevistados relataram um uso menor

dos serviços disponíveis. Por exemplo, as famílias dos entrevistados utilizavam o Programa Saúde da Família frequentemente em 19,2% dos casos, ocasionalmente em 19,9% dos casos, raramente em 16,5% e nunca tinham sido atendidas pelo PSF em 44,4% dos casos. De um universo de 8,6% das famílias em cujo domicílio alguma mulher havia ficado grávida no ano da pesquisa, 51% dessas mulheres fizeram mais de cinco consultas de pré-natal, 18% delas fizeram de quatro a cinco consultas, 25,7% das gestantes fizeram entre uma e três consultas e apenas 5,3% delas não fez nenhuma consulta.

Os dados obtidos pela pesquisa referentes ao dinamismo da estrutura social das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família foram muito importantes para a compreensão de seu impacto.

Em primeiro lugar, 89,8% dos responsáveis legais pelo benefício eram mulheres e apenas 10,2% eram homens. Perguntando sobre o estado civil do responsável legal, a pesquisa verificou que 72,6% eram casados/viviam juntos, enquanto 15,2% eram separados ou divorciados, 6,4% eram solteiros e 5,8% eram viúvos. Considerando todos os moradores dos domicílios, a proporção de gênero se altera para 54,7% de mulheres e 45,3% de homens.

Em média, moravam 4,38 pessoas nos domicílios das famílias beneficiárias do Programa. A metade dos domicílios tinha entre 1 (valor mínimo) e 4 moradores (mediana). A outra metade dos locais de moradia tinha entre 4 (mediana) e 13 (valor máximo) moradores. Considerando todos os moradores beneficiários do Programa, a idade média era de 24,4 anos. Metade dos moradores tinha entre 0 (valor mínimo) e 21 anos (mediana). A outra metade tinha entre 21 anos (mediana) e 98 anos (valor máximo). Entre moradores, a idade que mais se repetiu foi a de 13 anos. No caso dos responsáveis legais, 86% estavam na faixa entre 25 e 49 anos, 8,5% na faixa entre 50 e 64 anos, 3,2% na faixa entre 17 e 24 anos e 2,3% dos responsáveis legais tinham mais de 65 anos de idade.

Entre crianças de 0 a 6 anos (que representavam 9,6% da amostra total de moradores em domicílios beneficiados pelo Programa), observou-se a seguinte distribuição etária: 10,5% de crianças com menos de um ano de vida, 7,7% de crianças de um ano, 8,8% de dois anos, 16,7% de três anos, 19,1% de quatro anos,

15,5% de cinco anos e, no extremo superior dessa escala, 21,7% de crianças com seis anos de idade.

Por sua vez, na faixa sete a dezesseis anos, havia 31,6% de moradores em lares beneficiados pelo Programa, assim distribuídos: 6,8% com sete anos, 9,3% com oito anos, 10,2% com nove anos, 14% com dez anos, 10,7% com 11 anos, 12% com 12 anos, 14,2% com 13 anos, 8,1% com 14 anos, 8% com 15 anos e, no extremo superior dessa escala, 6,6% das crianças tinham 16 anos.

Perguntados sobre mudanças na estrutura familiar depois do cadastramento no Bolsa Família, os entrevistados disseram, por exemplo, que, em 36,8% dos casos, alguém da família que trabalhava e contribuía com a renda familiar ficou desempregado (ou seja, em 63,2 % dos casos, ninguém da família que estava empregado e contribuía para a renda familiar perdeu o emprego naquele mês). A situação contrária foi ainda menos direta: apenas 8,1% das pessoas que estavam desempregadas nas famílias beneficiárias conseguiram um emprego depois do cadastramento.

Em 91,5% dos domicílios não nasceu mais nenhuma criança após o cadastramento (ou seja, em 8,5% dos domicílios nasceu uma criança após o cadastramento no Programa Bolsa Família). Outras mudanças significativas na estrutura familiar foram a morte de alguém da casa em 4,7% dos domicílios; a chegada de algum novo morador em 12,1% dos domicílios; a saída de algum morador em 9,7% dos domicílios; a mudança de escola de alguma criança da casa (19,% dos casos) ou a chegada de uma criança à idade escolar em 21,2% das famílias beneficiárias do Programa.

Outras características importantes do perfil familiar da amostra foram obtidas por meio de perguntas sobre a escolaridade do responsável legal, situação ocupacional dos beneficiários em geral, busca de emprego, saúde, documentação e cor/raça (auto-atribuída).

Assim, soube-se, por exemplo, que 6,7% dos responsáveis legais pelo benefício do Bolsa Família nunca haviam estudado, 67,8 % tinham o ensino fundamental, 24,6% tinham o ensino médio e 0,9% tinham cursos especiais de

alfabetização. Do ponto de vista da estrutura ocupacional, a situação era assim distribuída conforme se pode ver na Tabela 1:

Tabela 1: Situação ocupacional dos beneficiários do Programa Bolsa Família

Tipo de Ocupação	Todos os Beneficiários %	Responsável Legal %
Empregador	0,1	0,2
Assalariado com Carteira Assinada	7,9	8,4
Assalariado sem Carteira Assinada	4,2	7,1
Autônomo com Previdência Social	0,7	1,3
Autônomo sem Previdência Social	17,2	34,7
Aposentado/Pensionista	2,7	5,1
Trabalhador Rural	1,9	2,4
Empregador Rural	0,2	0,4
Desempregado	14,1	21,5
Não Trabalha	51,0	19,0

Fonte: Pesquisa de Opinião com Usuários do Programa Bolsa Família; Instituto Pólis/MDS, 2004

Dado o alto índice de desemprego e ausência de trabalho, é relevante notar que 19,3% dos beneficiários haviam procurado emprego nos últimos trinta dias, proporção que sobe para 33,2% no caso dos responsáveis legais. Considerando todos os beneficiários e não apenas os responsáveis legais, 52,9% não tinham sido examinados por algum profissional de saúde nos últimos três meses, 41,9% tinham sido examinados em um serviço de saúde e 5,2% tinham sido examinados em casa.

Em termos de cidadania legal, 98,3% dos beneficiários do Programa possuíam certidão de nascimento ou casamento, 61,3% possuíam carteira de identidade, 55,9% possuíam número de CPF (Cadastro de Pessoa Física) e 55,9% eram portadores de título de eleitor. A cor/raça, segundo os entrevistados, era branca em 32,8% dos casos, preta em 19,5%, amarela em 2,5%, parda em 40,4% das respostas e indígena em 4,8% das ocorrências.

Finalmente, foi coletada nesta pesquisa uma série de dados sobre as condições de moradia dos beneficiários do Programa. Em 63% dos casos, a casa onde o

responsável legal pelo benefício da família residia era própria e já estava paga; em 5,6% dos casos, a casa era própria e ainda esta sendo paga; em 15,8% dos casos, a casa era cedida; 9,1%, alugada; 6,1% era ocupada/invadida e 0,4% das moradias enquadrava-se em outras situações. Nos casos de aluguel ou financiamento de casa própria, em média os entrevistados despendiam R\$ 116,71, oscilando os valores entre um mínimo de R\$ 4,16 e um máximo de R\$ 500,00 (moda igual a R\$ 100,00). Quando perguntados se possuíam algum documento de propriedade (escritura, registro de imóvel ou título de posse), 51,3% dos entrevistados declararam que sim e 38,5% disseram que não dispunham de nenhum documento.

As casas com dois quartos representavam 61,1% das respostas obtidas, sendo que 2,7% das moradias tinham quatro quartos, 13,7% tinham três, 21,3% tinham um quarto e 1,2% dos entrevistados declararam que suas casas não tinham nenhum quarto. As casas sem banheiro eram 2,3% das moradias, enquanto nas demais havia um (97,2%) ou dois banheiros (0,5%). O abastecimento de água das moradias era feito primordialmente por meio da rede pública (93,8%) ou de outros meios (poços artesianos, nascentes, carro pipa), mas apenas 0,1% das moradias não tinham nenhum abastecimento de água. Em 68,4% das moradias, havia lançamento do esgoto na rede pública; em 27,8% dos casos, em fossa séptica e 1,9% das moradias lançavam seus esgotos diretamente nos rios, lagos ou mar. Por sua vez, o lixo era coletado em 81,1% dos domicílios, queimado em 15,3% dos casos, enterrado em 0,5% e jogado no terreno, rio ou lago em 3,0% das moradias.

No caso da energia elétrica, os percentuais de abastecimento pela rede pública são um pouco piores, mas entre a situação predominante (79,9% das moradias com relógio próprio) e a mais rara (0,7% das casas sem nenhuma energia elétrica) verificou-se o mesmo leque de possibilidades que no caso do abastecimento de água (*e.g.* relógios comunitários, compartilhados, geradores, sem relógio e outras). Em apenas 15,8% das casas de famílias beneficiárias havia uma linha de telefone fixo em 2004, mas 18,2% dos entrevistados possuíam telefone celular.

Apresentados os resultados da pesquisa no que diz respeito às características sociais dos beneficiários, é necessário agora mostrar alguns dos resultados relativos ao próprio funcionamento do Programa Bolsa Família.

4 Cadastramento e Operacionalização do Programa Bolsa Família

Foi por meio da escola das crianças que 37,3% das famílias participantes tomaram conhecimento sobre o cadastramento do Programa Bolsa Família. Dentre os demais entrevistados, 16,9% declararam que foram informados sobre o cadastramento por “vizinhos, amigos ou parentes”, 13,1% o foram pela propaganda no rádio, jornal ou televisão, 12,3% indicaram uma instituição de caridade ou organização não-governamental, 8,5% tomaram conhecimento pelo posto de saúde, 3,4% por meio do banco ou outra instituição financeira, 2,5% dos entrevistados foram informados do cadastramento por um carro de som, 1,9% pela associação de moradores e 1,4% por alguma igreja.

Em 45,9% dos domicílios dos participantes do Programa, o cadastramento foi feito em uma escola e, em 15% dos casos, nas próprias casas. Além desses, 11,2% informaram ter sido feito o cadastramento em algum órgão da prefeitura, 10,6% na sede da prefeitura e 7,2% em um posto de saúde. Em 5,1% dos domicílios, o cadastramento aconteceu na associação dos moradores e, em 3,4% dos casos, numa igreja.

Dois dados obtidos com a pesquisa foram bastante importantes para a análise dos mecanismos de funcionamento do Programa. Em primeiro lugar, 68,2% das famílias foram cadastradas no próprio bairro e isso dá uma dimensão da capilaridade do Programa. Em segundo lugar, para não mais de 15,2% das famílias beneficiadas houve oferta de políticos para o cadastramento no Programa. Como 31,2% dos responsáveis legais disseram que o cadastro da família foi atualizado até o momento da entrevista e, ao contrário, 54,5% disseram que não tiveram atualização de cadastro, confirmou-se a necessidade de um acompanhamento muito cuidadoso da parte do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em relação aos processos de cadastramento e atualização (14,3% não souberam responder se o cadastro da família havia sido atualizado ou não).

Espontaneamente, 40,2% declararam que procurariam a Caixa Econômica Federal se tivessem algum problema com o recebimento do benefício, enquanto 24,9% recorreriam à prefeitura municipal ou órgão

público regional e 9,7% tentariam resolver no local de recebimento do benefício. Foram ainda citados como locais de busca de solução para este tipo de problema o MDS (4,2%), a Secretaria da Educação (3,1%), o comitê ou conselho de controle do benefício (2,1%), a “escola em que fez o cadastro” (0,4%), o telefone “0800 do Ministério” (0,4%), o Ministério da Educação (0,3%) e a “Secretaria de Bem Estar Social” (0,2%).

Quando foram perguntados se conheciam pessoas que precisavam do benefício do Bolsa Família e que ainda não o recebiam, 58,9% dos entrevistados disseram que sim e 41,1% deles disseram que não conheciam. A pergunta na direção contrária (“*você conhece pessoas que estão recebendo o Bolsa Família, mas que não teriam necessidade de receber?*”) obteve respostas ainda mais expressivas, necessariamente invertidas, para o não (72,1%) e para o sim (27,9%). Todavia, como o percentual de respostas afirmativas para esta pergunta pode ser considerado muito elevado, seria importante observar o comportamento das respostas para duas outras perguntas. Na primeira, 31,1% dos entrevistados disseram que saberiam a quem procurar para informar sobre pessoas que estivessem recebendo o benefício sem precisar, enquanto 7,3% disseram que saberiam, mas que não procurariam as autoridades, e 61,6% dos entrevistados não saberiam a quem se dirigir. Para os que disseram saber a quem deveriam se dirigir, perguntou-se então qual seria o órgão: 19,6% disseram ser a prefeitura; 10,3%, a Caixa Econômica Federal; 2,9%, o MDS; o comitê ou conselho de controle do benefício (2,2%) e outras alternativas, mas apenas 3,2% admitiram que não sabiam ou não quiseram responder.

Em termos operacionais, para o recebimento do benefício, constatou-se que as famílias não tinham dificuldade para utilizar o cartão: 18,6% dos entrevistados disseram ser “muito fácil” utilizá-lo e 77,7% afirmaram ser “fácil”. Apenas 2,9% disseram ser “difícil” e 7% afirmaram ser “muito difícil”. Em 74,9% dos domicílios, quem retirava o benefício à época da pesquisa era o responsável legal, sendo que, em 19,9%, quem o fazia era o marido/companheiro/esposa/companheira. Em 3% dos domicílios, eram os filhos ou filhas que retiravam o benefício e, em 1,1% dos domicílios, era outra pessoa que não morava na casa.

Em 75,6% dos domicílios, quem administrava o benefício era o responsável legal, sendo que, em 22,1%, era o parceiro do responsável legal (marido/esposa/

companheiro/companheira) e, em 1,4% dos domicílios, era o filho ou a filha do responsável legal o administrador do benefício. As outras situações de administração do benefício representaram menos de 1% das respostas obtidas na pesquisa.

O acesso ao local do saque do benefício foi considerado “difícil” por 76% dos beneficiários do Programa, sendo que, para 4% deles, tal acesso foi considerado “muito difícil”. Por outro lado, 13,7% dos entrevistados declararam achar “fácil” o acesso ao local de saque do benefício e somente 6,2% declararam ser o acesso “muito fácil”. Considerando que 64,7% dos entrevistados recebiam o benefício em casas lotéricas e 30% retiravam-no em estabelecimentos bancários (5,4% faziam o saque em outro tipo de lugar), a alta incidência de respostas “difícil” e “muito difícil” na pergunta sobre acesso ao local indicava naquele momento um processo de rotinização operacional da concessão do benefício ainda incipiente. Entre aqueles que sacavam no banco, 28,3% já declaravam utilizar o cartão e apenas 1,7% se valiam de guia bancária em 2004.

Apesar de acharem difícil o acesso ao local de saque, quando perguntados sobre como eram tratados no local onde recebiam o benefício, 83,1% dos beneficiários avaliaram de forma positiva a maneira como tinham sido tratados, enquanto 15,8% avaliavam de forma regular e menos de 1% avaliavam o tratamento recebido de forma negativa.

Por isso mesmo, 65,2% dos participantes do Programa julgavam que o saque do benefício era rápido, enquanto para 30,9% ele era demorado. O tempo médio para o saque do benefício era de 21,64 minutos à época da pesquisa. Junto à metade dos beneficiários que executava a operação mais rapidamente, o tempo máximo que levava o saque do benefício era de 15 minutos (mediana). A outra metade dos beneficiários levava de 15 a 240 minutos (4 horas).

Um indicador indireto e relevante da importância do Programa Bolsa Família para as famílias beneficiárias foi o fato de 73,5% dos beneficiários do Programa declarar que sempre sabiam o dia certo de retirar o benefício, enquanto 23,5% disseram que às vezes não sabiam o dia certo e apenas 2,2% declararam nunca saber o dia ao certo.

5 Condicionalidades e Oportunidades do Programa Bolsa Família

Em uma das perguntas da pesquisa realizada em 2004, os entrevistados foram informados que, de acordo com as regras do Programa Bolsa Família, as famílias têm obrigação de manter todas as crianças na escola, com pelo menos 85% de presença nas aulas. Além disso, as regras também determinam que as crianças sejam vacinadas e que as mulheres grávidas façam pré-natal.

Considerando uma escala de aquiescência que ia da concordância total à discordância total com as regras apresentadas, 85,6% dos beneficiários do Programa declararam concordar totalmente com as condicionalidades do mesmo e 11,7% afirmaram concordar em parte. No extremo oposto, 0,3% diziam discordar totalmente e 2% discordavam em parte.

Antes dessa pergunta sobre a concordância em relação às regras explicitadas, porém, os entrevistados foram questionados sobre seu grau de conhecimento em relação às condições para o recebimento do benefício. Dentre as responsabilidades dos beneficiários citadas espontaneamente pelos entrevistados, 70,2% deles mencionaram “*manter as crianças freqüentando a escola*”, 15,7% disseram que era preciso “*manter em dia a vacinação das crianças*”, 5,4% mencionaram a necessidade das “*gestantes fazerem o pré-natal*” e 0,2% mencionaram algo como sendo uma “*obrigação de comprar material escolar*”. Houve outros tipos de citações (2,6%) e 5,9% dos entrevistados não soube ou não quis responder.

Do mesmo modo, quando perguntados sobre o que o governo levava em conta para selecionar as famílias que recebiam o benefício em dinheiro do Bolsa Família, as respostas espontâneas dos entrevistados incluíram as menções à baixa renda (38,4%), ao fato da família “*ser pobre*” (22,2%), de existirem crianças na família (17,2%) ou mesmo referências a uma renda *per capita* inferior a R\$ 100,00 (8,0%) e a “*ganhar pouco*” (1,3% das respostas). Vale destacar que 11,7% dos entrevistados não sabiam ou não quiseram responder a esta pergunta, enquanto apenas 0,3% da amostra mencionou “*indicação política*” como um critério.

Foi possível verificar, por meio dessas três questões, uma adesão bastante consciente e significativa ao princípio da condicionalidade entre os responsáveis legais pelo benefício nos domicílios visitados durante a pesquisa de campo.

No que diz respeito à frequência escolar, uma das condicionalidades mais importantes do Bolsa Família, segundo as entrevistas realizadas, no universo de beneficiários do Programa em 2004, apenas 0,9% estudava em escola privada (não necessariamente pagavam mensalidades ou taxas). A maioria daqueles que estudavam, o faziam nas escolas públicas (41,6% dos beneficiários). Entretanto, naquele momento e sempre segundo as declarações dos responsáveis legais pelo benefício, 47,4% dos beneficiários não estavam estudando, embora já tivessem frequentado a escola, enquanto 10% nunca tinham frequentado a escola (aí se incluíam crianças na faixa de 0 a 6 anos).

Entre os beneficiários do Programa, portanto, 42,5% estavam estudando em 2004 e é importante notar as diferentes faixas etárias. No caso dos responsáveis legais pelo benefício, 4,5% deles estavam estudando à época da pesquisa, enquanto 88,7% não estavam estudando mas já haviam frequentado a escola em algum momento da vida e 6,8% nunca haviam frequentado uma escola.

Dentre as crianças de 0 a 6 anos, tínhamos, na pré-escola, 34,4% das crianças de 4 anos, 72,2% das crianças de 5 anos e 90,5% das crianças de 6 anos incompletos ou completos. Dentre as crianças de 7 a 16 anos nas famílias beneficiadas, tínhamos 1,8% das mesmas estudando na rede privada e 95,4% estudando na rede pública (nesta faixa etária, é útil destacar que 2,5% não estavam na escola, embora já a tivessem frequentado em algum momento, enquanto 0,2% nunca estiveram na escola). Nas demais faixas etárias, nunca haviam frequentado a escola 0,5% dos beneficiários na faixa de 17 a 24 anos, uma porcentagem que aumenta significativamente nas faixas etárias de 25 a 49 anos (5,8%), 50 a 64 anos (20,8%) e acima de 65 anos (40,2%).

Para aqueles 42,5% de beneficiários do Programa que estavam estudando, foi indagado quantos dias eles haviam ido à escola na última semana. No geral, segundo os entrevistados, a frequência era bastante alta, com 87,7% daqueles que estudavam tendo frequentado as aulas cinco dias na semana, 7,6% durante quatro

dias, 3,1% durante três dias, 1% durante dois dias e 0,3% durante um dia na semana (outros 0,3% não haviam ido à aula em nenhum dia na última semana).

Na faixa etária de 7 a 16 anos, 88,9% dos alunos freqüentaram a escola todos os dias da semana anterior, 6,9% freqüentaram quatro dias, 2,7% freqüentaram três dias, 0,8% freqüentaram dois dias e 0,3% freqüentaram as aulas apenas um dia na semana letiva (0,4% dos beneficiários nesta faixa etária não haviam ido às aulas em nenhum dia da semana anterior ao levantamento do campo).

Além da escolarização, a pesquisa procurou captar também as eventuais oportunidades criadas pelo Bolsa Família para a inserção dos beneficiários em outros programas e ações de capacitação. Entretanto, quando perguntados se no último ano alguém da família havia participado de algum curso de qualificação ou capacitação para o trabalho, constatou-se pelas respostas dos entrevistados que, em 91,4% das famílias, ninguém havia participado de nenhum curso desse tipo, enquanto 8,6% disseram que sim, alguém havia participado. Da mesma forma, as respostas foram predominantemente negativas para questões similares sobre alfabetização de jovens e adultos (apenas 5,8% disseram que pelo menos uma pessoa da família que não sabia ler e escrever começou a estudar no último ano), programas de micro-crédito (97,7% disseram não ter tido acesso) e participação em cooperativas de trabalho (apenas 1,8% dos entrevistados disseram que alguém da família fazia parte de uma cooperativa de trabalho).

Apesar da baixa participação em programas paralelos de geração de trabalho e renda, já em 2004 os beneficiários do Programa Bolsa Família não se sentiam estigmatizados em receber o benefício e 87,6% dos entrevistados disseram que ninguém de sua família nunca tinha sofrido qualquer constrangimento ou preconceito. Os 12,4% que disseram que alguém de sua família já havia sofrido preconceito ou discriminação por ser beneficiário do Bolsa Família citaram, como locais em que isso teria ocorrido, desde a comunidade onde mora até a escola, passando pelo local de trabalho, o local de recebimento do benefício e outros locais não especificados.

6 Considerações Finais

Para uma ponderação adicional dos resultados obtidos na pesquisa, vale destacar alguns dados sobre o grau de conhecimento geral a respeito do Programa Bolsa Família.

Como em 2004 o processo de integração entre os diversos programas sociais do governo federal ainda estava em andamento, uma das preocupações da pesquisa naquele momento era observar o quanto os entrevistados conheciam o Programa Bolsa Família.

Assim, quando perguntados sobre qual era o nome do programa social por meio do qual sua família recebia todo mês um benefício em dinheiro, 70,5% dos entrevistados (responsáveis legais beneficiários) responderam espontaneamente que recebiam o benefício por meio do Programa Bolsa Família, enquanto 17,4% disseram receber o benefício por meio do Programa Bolsa Escola, 5% mencionaram o Programa Bolsa Alimentação, 3% citaram o Cartão Cidadão, 2,8% indicaram o Auxílio Gás, 0,7% mencionaram o Programa de Renda Mínima e 0,6% dos entrevistados não responderam.

Quando perguntados sobre se o Programa Bolsa Família fazia parte do projeto Fome Zero, para 69,7% dos entrevistados a resposta foi afirmativa, enquanto 8,5% disseram que não e 21,9% não responderam.

De maneira consistente com os dados da pergunta anterior, quando perguntados sobre quem era responsável por este programa social que transfere o benefício em dinheiro à família do entrevistado todo mês (se era a Prefeitura, o Governo do Estado ou o Governo Federal), as respostas dos entrevistados permitiram um ordenamento ponderado das citações: 47,8% diziam ser o Governo Federal, 22,1% diziam ser os governos estaduais, 16,2% diziam que as prefeituras eram as responsáveis e 13,9% declararam não saber ou preferiram não responder.

As respostas espontâneas para a pergunta sobre o nome do Ministério do Governo Federal responsável pelo Programa Bolsa Família chegaram a 82,8% de “não sabe/não respondeu”, enquanto 4,6% dos entrevistados diziam ser o próprio Governo Federal ou o presidente Lula, 2,4% diziam que o Ministério se chamava

Fome Zero, 2,2% mencionavam o Ministério da Educação (MEC). Apenas 1,9% dos respondentes referiam-se ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, quase a mesma incidência de respostas identificando o órgão como sendo o da Previdência Social (1,0%), chamando-o de Bolsa Família (1,6%) ou identificando-o pelo nome do Ministro Patrus Ananias (1,5%). Quando somadas, as demais alternativas mencionadas não chegaram a dois pontos percentuais.

Apesar de manifestarem certo desconhecimento em relação ao Ministério responsável, as iniciativas do Governo Lula em programas sociais de combate à fome e à pobreza foram avaliadas como sendo ótimas por 21,4% dos entrevistados, como boas por 57,8%, regulares por 15,2%, ruins por 0,6% e péssimas por 0,9% dos entrevistados. Os responsáveis legais pelo benefício do Programa Bolsa Família entrevistados nessa pesquisa também disseram que o compromisso do Governo Lula com o combate à fome e à pobreza era maior (52,9% dos entrevistados) e que eles acreditavam que os programas do Governo Lula estavam conseguindo reduzir a fome em nossa sociedade (64,6% dos entrevistados).

Tratados historicamente como objetos mais ou menos passivos de políticas sociais de corte assistencialista, os responsáveis legais pelo benefício do Bolsa Família selecionados aleatoriamente para compor esta amostra estratificada forneceram importantes subsídios para a avaliação das políticas públicas por meio da expressão da opinião dos próprios sujeitos políticos nesta pesquisa.



**Considerações Gerais sobre o
Benefício de Prestação Continuada**

Capítulo VII

Capítulo VII

Considerações Gerais sobre o Benefício de Prestação Continuada

Direito previsto no artigo 203 da Constituição de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei n.º 8.742, de 1993, e pelo Decreto n.º 1.744, de 1995, o Benefício de Prestação Continuada – BPC foi implantado em janeiro de 1996.

Nos termos do Artigo 20 da LOAS, o BPC é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Considera-se incapaz de prover a manutenção do idoso ou deficiente a família cuja renda mensal *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Complementarmente, o Decreto n.º 1744 estabeleceu que família é a unidade mononuclear vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes.

Nos anos seguintes à sua criação, essas regras e definições iniciais sofreram mudanças em dois aspectos importantes: quanto à idade mínima de acesso ao benefício pelo idoso e no que se refere ao conceito de família utilizado no cálculo da renda familiar *per capita*. A primeira mudança, já prevista no Decreto n.º 1.744, consistiu na redução da idade mínima para concessão do BPC, de 70 para 67 anos, a partir de 1º de janeiro de 1998 e, ainda como previa o decreto, uma segunda redução, de 67 para 65 anos, a partir do ano 2000. Essa última, no entanto, só aconteceu em 2003, com a publicação do Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, de 2003. A segunda modificação se deu por obra da Lei n.º 9.720, de 1998, que definiu como família o conjunto de pessoas elencadas no artigo 16 da Lei n.º

8.213, de 24 de junho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto. Segundo o referido artigo:

São beneficiários do Regime Geral de Previdência Social, na condição de dependentes do segurado:

- I – o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido; (Redação dada pela Lei n.º 9.032, de 28/04/1995);
- II – os pais;
- III – o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido (Redação dada pela Lei n.º 9.032, de 28/04/1995).

Dessa forma, o conceito de família atualmente utilizado no cálculo da renda mensal familiar *per capita* para fins de concessão do BPC baseia-se em uma lista semelhante à dos dependentes do segurado do Regime Geral de Previdência Social, deixando de incorporar alguns membros potencialmente detentores de renda, como os filhos e irmãos com mais de 21 anos e os emancipados.

Às já citadas alterações, a partir de outubro de 2003 com o Estatuto do Idoso, por força do que reza o parágrafo único do seu Artigo 34, acrescentou-se uma terceira inovação: a exclusão do cálculo da renda mensal *per capita* para concessão do BPC, o benefício igual, concedido a qualquer membro idoso da família.

Por obra desse conjunto de mudanças e inovações, o BPC pode ser conceituado como um benefício social não contributivo e de caráter temporário, no valor de 1 (um) salário mínimo, destinado às pessoas com deficiência, com comprovada incapacidade para o trabalho e para a vida independente, e ao idoso acima de 65 anos, cujas famílias apresentem renda mensal *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, excluídos do cálculo os filhos e irmãos com mais de 21 anos, os emancipados e, no caso do benefício destinado ao idoso, outro idoso da família, beneficiário do mesmo Programa.

Como benefício assistencial, o BPC tem por objetivo garantir amparo aos idosos e pessoas com deficiência socialmente desprotegidas, visando garantir as condições mínimas de sustento e manutenção de suas vidas. Daí seu caráter temporário e a necessidade de revisão do processo de sua concessão a cada 2 (dois) anos, alicerçados no princípio de que o benefício deve cessar na medida em que se altere a situação de carência que ensejou sua concessão.

No que se refere à repartição de responsabilidades na gestão do Programa, o Artigo 32 do Decreto n.º 1.744/95 determina que compete ao órgão Coordenador da Política Nacional de Assistência Social, ou seja, ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS, a coordenação geral, o acompanhamento e a avaliação do BPC, enquanto o parágrafo único do mesmo Artigo define o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS como órgão responsável por sua operacionalização.

Tendo em vista a consecução de suas responsabilidades, o MDS realiza convênios anuais com o INSS e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, ou órgãos correspondentes, mediante os quais repassa recursos via Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS e exerce parte de suas competências de forma descentralizada para Estados e Municípios, compartilhando com os gestores estaduais e municipais de assistência social o acompanhamento e a avaliação da prestação do benefício nas suas respectivas esferas de governo, em consonância com as diretrizes da LOAS da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e orientações complementares.

Vale ressaltar, por fim, que o BPC tem oferecido uma grande contribuição no combate ao fenômeno da fome e da exclusão social entre idosos e pessoas com deficiência. Em outubro de 2006, por exemplo, o Programa atendia a 2.445.602 beneficiários, sendo 1.278.877 pessoas com deficiência e 1.166.725 idosos, investindo um montante de recursos de aproximadamente 8 bilhões de reais, no pagamento dos benefícios.

A photograph of an elderly woman with short, light-colored hair, wearing a white short-sleeved shirt and light-colored pants. She is standing in a sugarcane field, looking towards the right. The background shows rows of tall sugarcane stalks. The entire image is overlaid with a semi-transparent blue filter.

Avaliação do Efeito da Mudança do Conceito de Família BPC

Capítulo VIII

Capítulo VIII

Avaliação do Efeito da Mudança do Conceito de Família BPC

Aloísio Joaquim de Freitas¹

Diana Oya Sawyer²

José Alberto Magno de Carvalho³

Bernardo Lanza Queiroz⁴

Cíntia Simões Agostinho⁵

Geovane da Conceição Máximo⁶

1 Apresentação

O objetivo deste estudo, realizado pelo Centro de Desenvolvimento Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG), é avaliar o efeito da mudança no conceito de família, implementado pela Lei n.º 9.720, sobre o número de pessoas elegíveis não-atendidas pelo benefício de Prestação Continuada (BPC), evidenciando, também, o efeito sobre o orçamento da Assistência Social com o BPC.

Para calcular a renda mensal familiar *per capita*, foram considerados três diferentes conceitos de “família”: o Domicílio IBGE, que é um conceito que

1 Professor do Departamento de Estatística da UFMG; Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

2 Professora do Departamento de Demografia da UFMG; PhD Sc. em Population Sciences pela Harvard University.

3 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD em Demografia Econômica pela London School of Economics & Political Sciences.

4 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD em Demografia pela University of California in Berkeley.

5 Pesquisadora do Cedeplar – UFMG; Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

6 Pesquisador do Cedeplar – UFMG; Doutorando em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

comporta um número maior de pessoas na família e é semelhante ao utilizado na concessão do BPC antes da Lei n.º 9.720; a Família IBGE, que, em geral, assemelha-se ao conceito anterior, mas em casos específicos são subconjuntos daquele; e a Família BPC, que é o conceito atual de família na concessão do BPC, dado pela Lei n.º 9.720. A descrição destes conceitos é dada mais detalhadamente na seção de metodologia. Além disso, são considerados diferentes critérios de renda para elegibilidade ao BPC, incluindo o critério atual de renda familiar *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e o critério de renda familiar *per capita* menor ou igual a 1 salário mínimo.

2 Materiais e Métodos

Além da abrangência nacional, o Censo-2000 foi escolhido para estimar o número de elegíveis idosos e pessoas com deficiência, não-atendidos pelo BPC, considerando os diferentes conceitos de família, por possuir, na sua base de microdados, informações relevantes para avaliação da elegibilidade das pessoas ao benefício, tais como: relação de parentesco entre os membros da família, rendimentos, recebimento de aposentadoria, contribuição para a previdência, presença de deficiências física e mental etc.

Na base dos microdados, as informações estão organizadas segundo os domicílios, que são as unidades de amostragem do Censo Demográfico-2000. Os domicílios IBGE são classificados como particulares ou coletivos. O domicílio particular é o local, estruturalmente separado e independente, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas. No domicílio particular, o relacionamento de seus ocupantes era ditado por laços de parentesco, por dependência doméstica ou por normas de convivência⁷ dentro de cada domicílio.

O domicílio coletivo, por sua vez, é a moradia onde o relacionamento entre os seus ocupantes é restrito a normas de subordinação administrativa e ao

⁷ Entendeu-se por *dependência doméstica* a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família e por *normas de convivência* as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que morassem juntas sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica (IBGE, 2000).

cumprimento de normas de convivência⁸. Nesses domicílios, pertencem à mesma família apenas as pessoas residentes que têm laços de parentesco ou dependência doméstica. Na ausência desses laços entre os moradores, cada morador constitui uma família unipessoal em domicílio coletivo. Do mesmo modo que nos domicílios particulares, informações sobre todos os moradores dos domicílios coletivos foram coletadas no Censo-2000 e as relações dos membros da família com o responsável, se existentes, estabelecidas. Considerou-se neste trabalho que o conceito Domicílio IBGE é semelhante ao conceito de família utilizado na concessão do BPC, antes da Lei n.º 9.720.

As famílias identificadas nos domicílios particulares e coletivos, segundo os critérios censitários, serão referenciadas, neste trabalho, como Famílias IBGE. Nos domicílios particulares, considera-se família a pessoa que mora sozinha; o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, de dependência doméstica; e as pessoas ligadas por normas de convivência. Dentro de cada domicílio particular podem residir mais de uma família, as chamadas famílias conviventes. Para estes casos, a composição da Família IBGE será diferente do Domicílio IBGE. Um exemplo é a situação em que, num mesmo domicílio particular residem um homem e sua esposa, seu filho e nora. Neste caso, esposo e esposa, filho e nora constituem duas Famílias IBGE diferentes, mas apenas um Domicílio IBGE. As informações coletadas sobre os moradores dos domicílios particulares permitem a identificação das famílias conviventes e o estabelecimento das relações de parentesco de seus membros com o responsável por cada uma delas. A definição de Família IBGE no domicílio coletivo é a mesma da apresentada para o Domicílio IBGE coletivo, ou seja, pertencem à mesma família apenas as pessoas residentes que têm laços de parentesco ou dependência doméstica. Na ausência desses laços entre os moradores, cada morador constitui uma família unipessoal em domicílio coletivo.

Para o conceito de Família BPC, os membros são apontados pela Lei n.º 9.720, de 1998, que estabelece que são componentes da família do requerente

8 Exemplos de normas de subordinação administrativa e de cumprimento de normas de convivência em hotéis, pensões, presídios, cadeias, penitenciárias, quartéis, postos militares, escolas, asilos, orfanatos, conventos, mosteiros, hospitais, clínicas (com internação), alojamentos de trabalhadores, campings etc (IBGE, 2002).

do benefício seu cônjuge ou pessoas de convivência que residem no mesmo domicílio e não estão ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica (IBGE, 2002).

Para o objetivo deste estudo, que é comparar a elegibilidade dos idosos e das pessoas com deficiência ao BPC, de acordo com o conceito de família utilizado para a sua concessão, considerou-se que a definição de família vigente antes da Lei n.º 9.720 aproxima-se, razoavelmente, do conceito de Domicílio IBGE. Portanto, a elegibilidade, em 2000, dos idosos e das pessoas com deficiência potenciais beneficiários do BPC, segundo o conceito de família vigente antes da Lei n.º 9.720, foi verificada considerando a composição familiar e a renda total dos moradores do Domicílio IBGE. Por outro lado, para a verificação da elegibilidade de cada potencial beneficiário de acordo com o conceito atual de família, dado pela Lei n.º 9.720, é necessário identificar qual é a família BPC do requerente. Para isso, procurou-se identificar a Família BPC a partir das relações de parentesco de seus membros com o responsável pela Família IBGE, relações essas fornecidas pelo Censo. Todavia, essa identificação não é trivial, pois o que é importante nas Famílias BPC são as relações de parentesco dos seus membros com o requerente do benefício. Considerou-se, neste contexto, que a Família BPC é, na maioria das vezes, um subconjunto da Família IBGE.

Neste estudo, foram considerados idosos aqueles com idade igual ou maior do que 65 anos em 2000. Uma vez que não existe um critério objetivo e universal de deficiência utilizado pela perícia do INSS para avaliação dos requerentes ao BPC, optou-se por utilizar um mesmo critério para identificar as pessoas com deficiência a partir das informações disponíveis no Censo sobre deficiência física e mental, garantindo a comparação entre os diferentes conceitos de família aqui analisados. Deste modo, a partir das informações do Censo Demográfico de 2000, foram consideradas pessoas com deficiência aquelas com menos de 65 anos, com problema mental permanente; com incapacidade ou grande dificuldade permanente em enxergar, ouvir, caminhar ou subir escadas; com paralisia permanente total; com paralisia permanente das pernas; com paralisia permanente de um dos lados do corpo; com falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar.

2.1 Identificação dos Membros da Família Segundo Diferentes Conceitos de Família

Quando se consideram os conceitos de Domicílio IBGE e de Família IBGE, a identificação dos membros da família dos idosos e das pessoas com deficiência é facilmente obtida a partir dos microdados do Censo-2000. No entanto, a identificação dos membros da Família BPC dos idosos e das pessoas com deficiência requer maior esforço metodológico.

Para identificar a Família BPC dos idosos, inicialmente foram selecionadas as Famílias IBGE com pelo menos um idoso (com idade maior ou igual a 65 anos), aqui denominadas Famílias IBGE-idoso, a partir das quais foram identificadas as Famílias BPC-idoso. A identificação das Famílias BPC-idoso, dentro das Famílias IBGE-idoso, foi feita a partir do tipo de arranjo familiar presente em cada Família IBGE. Esses arranjos, por sua vez, foram obtidos a partir da variável *relação com responsável pela família*. Para sua construção, os indivíduos classificados como netos, outros parentes, pensionistas, agregados, empregados domésticos e parentes dos empregados domésticos foram agrupados numa única categoria, denominada como *outros*. A justificativa para tal agrupamento é o fato de que não é possível saber, para os indivíduos pertencentes a essas categorias, as suas relações de parentesco com os outros componentes da família. Os arranjos familiares compreendem todas as combinações possíveis entre as categorias responsável, cônjuge, filhos, pais, irmãos e outros.

Alguns pressupostos foram necessários para a identificação das Famílias BPC-idoso a partir das informações das Famílias IBGE-idoso. São eles: dentro de uma Família IBGE-idoso, onde há idosos na condição de responsável e pai, considera-se que cada um faz parte de uma Família BPC diferente; se, em uma mesma Família IBGE-idoso, existem idosos na condição de responsável e filho, considera-se uma única Família BPC; na situação responsável e irmão idoso, considera-se que cada um faz parte de uma Família BPC diferente; todo indivíduo idoso residente em domicílio coletivo, ou na condição de neto, outro parente, pensionista, agregado, empregado doméstico e parente de empregado doméstico foi considerado, individualmente, uma família; no Censo, não há distinção entre pai e sogro e entre mãe e sogra.

Na identificação da Família BPC das pessoas com deficiência, inicialmente foram selecionadas as Famílias IBGE com pelo menos uma pessoa com deficiência (com idade menor de 65 anos), aqui denominadas Famílias IBGE-deficiente, a partir das quais foram identificadas as Famílias BPC-deficiente. As pessoas deficientes com mais de 65 anos fazem parte do público alvo do BPC-idoso. Numa mesma Família IBGE pode existir mais de uma pessoa deficiente.

Para verificação de sua elegibilidade ao BPC, as Famílias BPC de cada um deles foi identificada, utilizando-se a informação das relações de parentesco dos membros da família com o seu responsável. Para 4.307 pessoas com deficiência (que correspondem a 0,08% do total de pessoas com deficiência em 2000), pertencentes a Famílias IBGE com seis ou mais pessoas nessa condição, ao invés de identificar a Família BPC de cada um deles, assumiu-se que a composição da Família BPC era igual à da Família IBGE.

Na identificação da Família BPC das pessoas com deficiência, considerou-se que: todo indivíduo com deficiência residente em domicílio coletivo foi considerado, individualmente, uma família; nos casos onde a pessoa com deficiência está na condição de neto, pensionista, agregado, outro parente, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico, não é possível identificar se ele possui parentes BPC dentro da Família IBGE e todos os indivíduos com deficiência pertencentes a essas categorias foram considerados como sendo, cada um, uma potencial Família BPC-deficiente; para os deficientes pertencentes às outras categorias de relação com o responsável pelo domicílio, a composição de suas Famílias BPC foi obtida como descrito na Tabela 1. Por exemplo, foram considerados membros da Família BPC do cônjuge com deficiência, o responsável e os filhos dependentes, além dele próprio.

Tabela 1: Membros da Família BPC das pessoas com deficiência segundo a relação do mesmo com o responsável pela Família IBGE

Relação do requerente com o Responsável pela Família IBGE	Membros da Família BPC				
	Responsável	Responsável	Cônjuge	Filhos dependentes	Irmãos dependentes
Cônjuge	Responsável	Cônjuge	Filhos dependentes		
Filhos	Responsável	Cônjuge	Filho	Irmãos dependentes (filhos do responsável)	
Irmãos				Irmãos dependentes (irmãos do responsável)	Pais (pais do chefe)
Pais				Filhos dependentes (irmãos do responsável)	Pais (pais do responsável)

Fonte: Elaboração própria

2.2 Cálculo da Renda Mensal *Per Capita* para Diferentes Conceitos de Família e Avaliação da Elegibilidade ao Benefício

Identificadas as potenciais Famílias BPC-idoso e BPC-deficiente, suas rendas mensais *per capita* foram calculadas para determinar a elegibilidade ao benefício. O mesmo foi feito para as Famílias IBGE e Domicílio IBGE.

O Censo Demográfico 2000 possui uma variável que indica o rendimento total, em salários mínimos, de cada pessoa com 10 anos ou mais, no mês anterior à data de referência do Censo. Na data de referência do Censo-2000, o salário mínimo era de R\$ 151,00 (cento e cinquenta e um reais). A partir desta variável,

foram calculadas as rendas familiares mensais *per capita* para o Domicílio IBGE, Família IBGE e Família BPC, com pelo menos um membro idoso. O mesmo foi feito para as famílias com pelo menos uma pessoa com deficiência. Neste cálculo, a renda dos menores de 10 anos foi considerada igual a zero, embora isto não seja sempre verdadeiro.

No cálculo da renda familiar mensal *per capita*, deve-se considerar que, antes da entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003, a renda do amparo assistencial ao idoso (BPC-idoso) ou do amparo assistencial à pessoa com deficiência (BPC-deficiente), concedida a um membro da família, era considerada no cálculo da renda mensal familiar *per capita*, para concessão do BPC a outro membro da família. Após esta data, a renda do BPC-idoso deixou de ser contabilizada no cálculo da renda familiar mensal *per capita*, para concessão de outro BPC ao idoso. No caso do BPC-deficiente, a renda do BPC já concedido a um membro idoso ou com deficiência é considerada atualmente no cálculo da renda familiar *per capita* para fins de concessão do BPC a outro membro com deficiência da família.

Nesse estudo, ao analisar a elegibilidade ao BPC, foram selecionados, para uma mesma família ou domicílio, todos os idosos ou pessoas com deficiência que atendiam ao critério de renda analisado. Deste modo, considera-se que o benefício BPC, recebido por um membro, não é considerado no cálculo da renda mensal familiar *per capita* para concessão do benefício a outro membro da mesma família (domicílio). Isto está de acordo com o critério atual de concessão ao idoso, mas é contrário ao critério atual de concessão à pessoa com deficiência, superestimando o número de pessoas elegíveis com deficiência não atendidas.

Esse critério foi utilizado para avaliar os três conceitos de família, mantendo, desta forma, uma uniformidade na análise do conceito de família. Uma vez que foi verificado que parte substancial dos beneficiários do BPC se declara como aposentados e pensionistas, outra limitação se coloca: nas famílias em que existem beneficiários do BPC que se declaram como aposentados e pensionistas, a renda do benefício é considerada no cálculo da renda mensal, situação que é contrária ao critério atual de concessão ao idoso (subestimando o número de elegíveis não-atendidos) e coerente com o critério atual de concessão à pessoa com deficiência.

Definidos o Domicílio IBGE e as Famílias IBGE e BPC com pelo menos um idoso ou com pelo menos uma pessoa com deficiência, e calculadas as suas rendas mensais *per capita*, os elegíveis não-atendidos pelo BPC foram obtidos, considerando vários critérios de renda, a saber:

- a) renda familiar mensal *per capita* menor que 0,25 salário mínimo (SM);
- b) renda familiar mensal *per capita* menor que 0,5 SM;
- c) renda familiar mensal *per capita* menor que 0,75 SM;
- d) renda familiar mensal *per capita* menor que 1,00 SM;
- e) renda familiar mensal *per capita* menor ou igual a 1,00 SM.

A análise da elegibilidade ao BPC foi feita, separadamente, para os idosos e pessoas com deficiência, não considerando a possibilidade da existência de idosos ou pessoas com deficiência elegíveis ao BPC em um mesmo Domicílio IBGE, Família IBGE, ou Família BPC.

Satisfeitos os critérios de renda estabelecidos, foram considerados elegíveis não-atendidos:

- a) ao BPC-idoso: as pessoas com 65 anos ou mais, não beneficiárias de aposentadoria (de qualquer valor) ou de pensão (com valor maior ou igual a um salário mínimo), de Institutos de Previdência Oficial, ou de benefício de renda mínima (com valor maior ou igual a um salário mínimo), não-contribuintes de Institutos de Previdência Oficial;
- b) ao BPC-deficiente: as pessoas classificadas como pessoas com deficiência, com menos de 65 anos, não beneficiárias de aposentadoria (de qualquer valor) ou de pensão (com valor maior ou igual a um salário mínimo), de Institutos de Previdência Oficial, ou de benefício de renda mínima (com valor maior ou igual a um salário mínimo), não-contribuintes de Institutos de Previdência Oficial.

Os elegíveis obtidos dessa forma correspondem aos elegíveis não-atendidos na data de referência do Censo-2000, dado o pressuposto de que todos os

beneficiários do BPC, idosos ou pessoas com deficiência, foram declarados no Censo-2000 como aposentados ou beneficiários de programas de renda mínima.

3 Resultados

3.1 Análise Descritiva

No Brasil, em 2000, dos quase 170 milhões de habitantes, 5,84% eram idosos (65 anos ou mais), o que correspondia a quase 10 milhões de habitantes. A distribuição percentual da população idosa, por sexo e relação com o responsável pela família, é apresentada na Tabela 2.

As categorias responsável pela família, cônjuge e pais agregam mais de 90% dos idosos. Existem, no entanto, diferenças entre os sexos. Destaca-se a maior porcentagem de mulheres na condição de cônjuge ou pais e, entre os homens, a grande porcentagem como responsáveis.

Tabela 2: Brasil – Distribuição percentual da população idosa (65 anos ou mais) de cada sexo, segundo a relação com o responsável pela família, 2000

Relação com o Responsável	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Número Absoluto	4.371.663	5.555.364	9.927.027
Responsável	86,40	44,62	63,02
Cônjuge	3,91	32,17	19,73
Filho	0,42	0,40	0,41
Pais	5,34	16,41	11,53
Netos	0,02	0,01	0,02
Irmãos	1,09	2,07	1,64
Outro parente	1,42	2,62	2,09
Pensionista	0,45	0,48	0,46
Agregado	0,07	0,05	0,06
Empregado Doméstico	0,02	0,14	0,09
Parente do Empregado Doméstico	0,00	0,00	0,00
Individual em Domicílio Coletivo	0,87	1,02	0,95
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

A população com deficiência com menos de 65 anos correspondia a 3,3% da população brasileira em 2000, compreendendo cerca de 5,5 milhões de pessoas. A distribuição percentual da população com deficiência, de cada sexo, segundo a relação com o responsável pela família, é apresentada na Tabela 3. As categorias responsável pela família, cônjuge e filho agregam mais de 90% às pessoas com deficiência. Para as diferenças entre os sexos, destaca-se a maior porcentagem de homens na condição de responsável pela família e filho.

Tabela 3: Brasil – Distribuição percentual da população com deficiência (menor de 65 anos) de cada sexo, segundo a relação com o responsável pela família, 2000

Relação com o Responsável	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Número absoluto	2.925.000	2.656.515	5.581.515
Responsável	45,48	22,10	34,35
Cônjuge	3,59	38,02	19,98
Filho	40,97	30,52	35,99
Pais	0,45	1,85	1,12
Netos	1,92	1,48	1,71
Irmãos	3,11	2,45	2,80
Outro parente	2,55	2,12	2,35
Pensionista	0,56	0,47	0,52
Agregado	0,08	0,05	0,07
Empregado Doméstico	0,03	0,18	0,10
Parente do empregado Doméstico	0,00	0,00	0,00
Individual em Domicílio Coletivo	1,26	0,76	1,02
Total	100,00	100,00	100,00

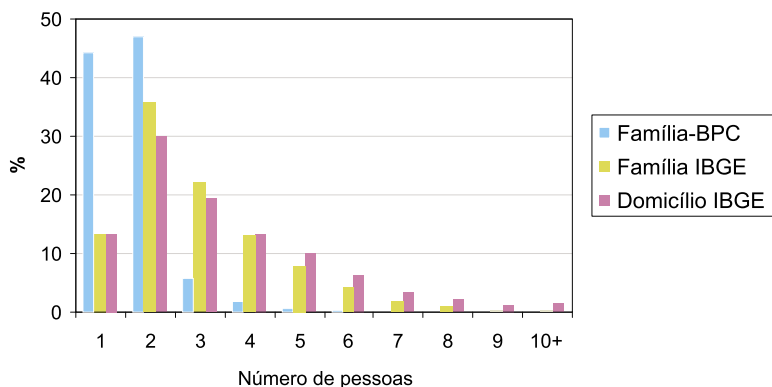
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Havia, no Brasil, na data de referência do Censo-2000, 48.746.873 famílias. Destas, 434.617 (0,89%) eram famílias unipessoais em domicílios coletivos. Dos moradores individuais em domicílios coletivos, 94.691 (21,79%) possuíam 65 anos ou mais e 56.949 (13,1%) eram pessoas com deficiência com menos de 65 anos.

As Famílias IBGE, excluídas as famílias unipessoais em domicílios coletivos, são cerca de 48,3 milhões, das quais 16% têm pelo menos um idoso com 65 anos ou mais e quase 10% têm pelo menos uma pessoa com deficiência.

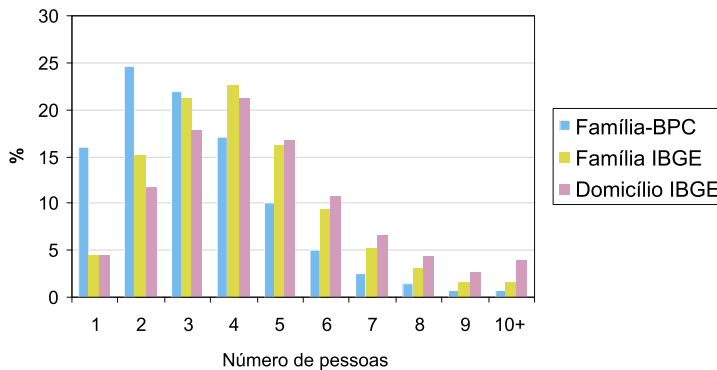
O tamanho médio das Famílias BPC, tanto dos idosos quanto das pessoas com deficiência, é bem menor do que o das Famílias IBGE e dos Domicílios IBGE. Isto pode ser observado nos Gráficos 1 e 2, onde são comparadas as distribuições das famílias dos idosos e das pessoas com deficiência, quanto aos tamanhos das Famílias IBGE e BPC e Domicílio IBGE. Na construção do Gráfico 2, apenas as pessoas com deficiência, cujas famílias tinham menos de 6 pessoas nessa condição, foram consideradas, uma vez que se pressupôs que Famílias BPC eram iguais às Famílias IBGE nos casos onde nestas últimas havia 6 ou mais pessoas com deficiência. Pode-se verificar também que as famílias das pessoas com deficiência são, em média, menores que as famílias dos idosos.

Gráfico 1: Brasil – Distribuição das famílias dos idosos (65 anos ou mais) segundo o tamanho do Domicílio IBGE, das Famílias IBGE e BPC, 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

Gráfico 2: Brasil – Distribuição das famílias dos portadores de deficiência (menos de 65 anos) segundo o tamanho do Domicílio IBGE, das Famílias IBGE e BPC, 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

3.2 Estimativa dos Elegíveis Considerando Diferentes Conceitos de Família

Na Tabela 4 são apresentadas, para o Brasil, as estimativas do número de elegíveis idosos (65 anos e mais) ao BPC, não-atendidos, segundo o conceito de família usado no cálculo da renda familiar, por sexo e critério de renda, assim como a comparação dos conceitos de família, para o ano 2000. Nota-se que a diferença entre os três conceitos de família é mais significativa para o critério de renda mensal *per capita* “< 0,25 SM”. Para os outros critérios de renda, o impacto da definição de família utilizada é menor, diminuindo com o aumento do ponto de corte da renda. Uma das possíveis explicações para isto são variações na composição e no tamanho do Domicílio IBGE e Famílias IBGE e BPC com o aumento da renda familiar. Para verificar isto seria necessária uma análise mais aprofundada sobre a composição familiar para cada conceito de família utilizado considerando principalmente a renda de seus membros. Para o critério de renda *per capita* “< 0,25 SM”, estima-se que o gasto necessário para atender os elegíveis não-atendidos pelo BPC idoso é 106% maior, ao utilizar o conceito atual de família (Família BPC) em relação ao conceito de Domicílio IBGE.

Tabela 4: Brasil - Comparação das estimativas do número de elegíveis idosos (65 anos ou mais) ao BPC, não-atendidos, segundo o conceito de família usado no cálculo da renda familiar, por sexo e critério de renda, 2000

Critério	Sexo	Família BPC	Família IBGE	Domicílio IBGE	Família BPC/ Domicílio IBGE	Família BPC/ Família IBGE
< 0,25 SM	Homens	114.894	72.790	70.760	1,62	1,58
	Mulheres	184.662	77.264	74.760	2,47	2,39
	Total	299.556	150.054	145.520	2,06	2,00
< 0,5 SM	Homens	153.649	124.335	128.729	1,19	1,24
	Mulheres	227.864	154.647	163.419	1,39	1,47
	Total	381.513	278.982	292.148	1,31	1,37
< 0,75 SM	Homens	211.608	184.688	187.932	1,13	1,15
	Mulheres	412.369	308.875	305.466	1,35	1,34
	Total	623.977	493.563	493.398	1,26	1,26
< 1 SM	Homens	234.353	217.174	220.339	1,06	1,08
	Mulheres	465.991	374.519	374.996	1,24	1,24
	Total	700.344	591.693	595.335	1,18	1,18
≤ 1 SM	Homens	260.192	235.763	236.028	1,10	1,10
	Mulheres	516.612	409.452	405.318	1,27	1,26
	Total	776.804	645.215	641.346	1,21	1,20

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

A Tabela 5 apresenta as estimativas do número de elegíveis ao BPC deficientes (com menos de 65 anos), não-atendidos, segundo o conceito de família usado no cálculo da renda familiar, por sexo e critério de renda, e também a comparação entre os conceitos de família, para o Brasil no ano 2000. Na avaliação dos impactos da mudança do conceito de família, os resultados mostram que, para o critério de renda inferior a 0,25 SM, o número de elegíveis não-atendidos utilizando o conceito de Família BPC (conceito vigente) é superior ao valor estimado utilizando o conceito de Domicílio IBGE (conceito anterior), sendo o aumento de 32% para as pessoas com deficiência. Com os outros critérios de renda, o impacto da definição de família utilizada é menor, diminuindo com o aumento do ponto de corte da renda, assim como o observado para os idosos.

Tabela 5: Brasil - Comparação das estimativas do número de pessoas com deficiência (menos de 65 anos) elegíveis ao BPC, não-atendidos, segundo o conceito de família usado no cálculo da renda familiar, por sexo e critério de renda, 2000

Critério	Sexo	Família BPC	Família IBGE
< 0,25 SM	Homens	578.227	483.906
	Mulheres	535.944	431.999
	Total	1.114.171	915.905
< 0,5 SM	Homens	926.386	883.132
	Mulheres	852.642	798.398
	Total	1.779.028	1.681.530
< 0,75 SM	Homens	1.238.642	1.202.939
	Mulheres	1.149.550	1.101.797
	Total	2.388.192	2.304.736
< 1 SM	Homens	1.417.772	1.373.519
	Mulheres	1.317.790	1.264.256
	Total	2.735.562	2.637.775
≤ 1 SM	Homens	1.443.182	1.422.179
	Mulheres	1.342.847	1.309.121
	Total	2.786.029	2.731.300

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000

4 Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito da mudança no conceito de família, implementado pela Lei n.º 9.720, sobre o número de pessoas elegíveis ao BPC, mas não atendidas, sendo considerados três diferentes conceitos de “família”: o Domicílio IBGE (definição próxima ao conceito de família utilizado na concessão do BPC, vigente antes da Lei n.º 9.720), a Família IBGE e a Família BPC (conceito vigente com a Lei n.º 9.720).

Na avaliação dos impactos da mudança do conceito de família, consideraram-se as estimativas dos elegíveis não-atendidos pelo Programa BPC

em 2000 analisando o cenário em que a renda BPC já recebida por um membro da família é excluída do cálculo da renda familiar mensal *per capita* para concessão do BPC a outro membro da mesma família, o que assegura a uniformidade das comparações.

A aproximação do conceito de família vigente antes da Lei n.º 9.720 foi feita, utilizando o conceito de Domicílio IBGE. Os resultados mostram que, com o critério de renda inferior a 0,25 SM, o número de elegíveis não-atendidos, utilizando o conceito de Domicílio IBGE (conceito anterior), é substancialmente inferior ao número estimado utilizando o conceito de Família BPC (conceito vigente), principalmente no caso dos idosos. Para os outros critérios de renda, o impacto da definição de família utilizada é menor, diminuindo à medida que se aumenta o ponto de corte da renda.

Os resultados apresentados sugerem que o critério de família influencia a inclusão de novos beneficiários e, por conseguinte, os gastos com o BPC-idoso e com o BPC-deficiente. Porém, é preciso deixar claro que não se pretende argumentar que um conceito de família é menos ou mais apropriado que o outro. Para se chegar a uma conclusão dessa magnitude, necessitar-se-ia de um estudo mais complexo e aprofundado. A intenção é, acima de tudo, subsidiar e sugerir elementos para futuros debates em torno da adequação do conceito de família adotado.

5 Bibliografia

BRASIL. Decreto n. 1.744, de 08 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei n.º 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 dez. 1995. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/p%C3%A1ginas/23/1995/1744.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1998. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília,

DF, 07 maio 1999. Seção I, p. 50-108. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 1998. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Anuário estatístico da previdência social: 2002**. Brasília, DF: MPS; DATAPREV; INSS, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Documentação dos microdados da amostra do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.



**Estimativa do Público-Alvo
do Programa BPC e sua Cobertura**

Capítulo IX

Capítulo IX

Estimativa do Público-Alvo do Programa BPC e sua Cobertura

Cíntia Simões Agostinho¹

Diana Oya Sawyer²

José Alberto Magno de Carvalho³

Aloísio Joaquim de Freitas⁴

Bernardo Lanza Queiroz⁵

Geovane da Conceição Máximo⁶

1 Apresentação⁷

O objetivo deste estudo, coordenado pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG), é estimar a demanda potencial dos idosos com direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC-idoso), no período entre 2004 e 2010, e do público-alvo das pessoas com deficiência (BPC-deficiente), nos anos de 1999 a 2010. Também é estimada a cobertura do Programa nos anos de 2004 e 2005, para os idosos, e de 1999 a 2005, para as pessoas com deficiência.

1 Pesquisadora do Cedeplar/UFMG; Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

2 Professora do Departamento de Demografia da UFMG; PhD Sc. em Population Sciences pela Harvard University.

3 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD em Demografia Econômica pela London School of Economics & Political Sciences.

4 Professor do Departamento de Estatística da UFMG; Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

5 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD em Demografia pela University of California in Berkeley.

6 Pesquisador do Cedeplar/UFMG; Doutorando em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

7 Agradecemos à colaboração dos alunos de Iniciação Científica Camila Couto Seixas, Marina Miranda Marques, Fabrício Silveira e Karina Pereira.

A projeção da demanda do Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) para o período analisado envolveu, antes, a projeção da população, por grupo etário quinquenal e sexo⁸. A projeção populacional realizada pelo IBGE (OLIVEIRA *et al.*, 2004) também é apresentada, com finalidade de comparação dos resultados da população idosa (com 65 anos ou mais) obtidos para o Brasil. Para estimar a demanda total do Programa BPC por parte dos idosos e das pessoas com deficiência foram calculados fatores de elegibilidade, separados pelo tipo de público, para serem aplicados às estimativas populacionais, tendo por objetivo gerar o número de idosos e das pessoas com deficiência que satisfariam às condições de elegibilidade ao Programa.

O cálculo de fatores de elegibilidade do público idoso para a projeção da demanda potencial envolve a estimativa do público idoso que atenda aos critérios de elegibilidade ao BPC, utilizando dados de 2000, mas considerando os critérios de concessão vigentes após o Estatuto do Idoso, de 2003. A estimativa dos fatores de elegibilidade do público de pessoas com deficiência para projeção da demanda potencial envolve a estimativa do público de pessoas com deficiência, de acordo com conceito de deficiência definido a partir dos dados do Censo-2000, que atenda aos critérios de elegibilidade ao BPC. Para o público portador de deficiência, a única alteração ocorrida nos critérios de concessão ocorreu em 1998, com a mudança no conceito de família.

2 Materiais e Métodos

A demanda potencial do Programa BPC é formada pelo total de pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade ao Programa. Sendo assim, pode-se separar a demanda potencial entre as pessoas já atendidas pelo Programa (elegíveis atendidas) e aquelas que ainda não são atendidas pelo Programa (elegíveis

⁸ A metodologia utilizada para projetar a população por sexo e grupo etário quinquenal, nos anos de 2005 e 2010, foi o método das componentes. Nos anos entre 2005 e 2010 foi realizada uma interpolação dos resultados obtidos. Para mais detalhes sobre a projeção populacional realizada, ver MDS/Cedeplar/UFMG (2006).

não-atendidas). Para estimar o público elegível não-atendido pelo BPC foram utilizados os microdados do Censo-2000. O número de elegíveis atendidos pelo BPC foi obtido a partir dos dados administrativos disponibilizados pelo DATAPREV/MDS.

No Censo-2000 existe um quesito referente ao recebimento de renda mínima, que inclui Bolsa Escola, BPC-idoso, BPC-deficiente e seguro desemprego. No entanto, este quesito não captou o número efetivo de beneficiários do BPC. O número de pessoas com 65 anos ou mais que responderam receber, em 2000, programa de renda mínima com valor maior ou igual a um salário mínimo foi cerca de 10 mil, enquanto o número de pessoas atendidas pelo BPC-idoso⁹ se aproximava dos 415 mil, na data de referência do Censo-2000¹⁰. Neste trabalho, pressupôs-se que, no Censo-2000, os beneficiários do BPC-idoso que não tenham declarado receber programa de renda mínima estejam incluídos, por informação equivocada, entre os aposentados e pensionistas.

Além da abrangência nacional, o Censo-2000 foi escolhido para estimar o número de idosos elegíveis ao BPC, não-atendidos, por possuir, na sua base de microdados, informações relevantes para avaliação da elegibilidade das pessoas ao benefício, tais como: relação de parentesco entre os membros da família, rendimentos, recebimento de aposentadoria, contribuição para a previdência etc.

Neste estudo, foram considerados idosos aqueles com idade igual ou maior do que 65 anos em 2000. Deve-se mencionar que, em 2000, a idade para concessão do BPC ao idoso ainda era de 67 anos. No entanto, a partir do Estatuto do Idoso, essa idade passa para 65 anos ou mais. Deste modo, para estimativa dos fatores de elegibilidade a serem usados nas projeções, considera-se a idade de concessão de acordo com os critérios atuais.

9 Neste estudo, considerou-se que os beneficiários do BPC-deficiente com 65 anos ou mais seriam agrupados com os beneficiários do BPC-idoso. Desse modo, em agosto de 2000, entre os 415 mil beneficiários idosos, cerca de 11% correspondiam ao público BPC-deficiente, com 65 anos e mais. A justificativa para a inclusão dos beneficiários de BPC-deficiente como BPC-idoso é que, a partir do Estatuto do Idoso, o benefício requerido pelo idoso passa por mudanças relevantes no critério de concessão.

10 Para obter a estimativa dos beneficiários atendidos pelo BPC, na data de referência do Censo-2000 (1º de agosto de 2000), foi feita uma interpolação entre o número de beneficiários atendidos em 31 de dezembro de 1999 e em 31 de dezembro de 2000.

Uma questão importante neste estudo é a definição da pessoa com deficiência. A LOAS define a pessoa com deficiência como aquela incapacitada para o trabalho e para a vida independente. A avaliação do requerente ao BPC-deficiente, quanto à presença de deficiência, é realizada pela perícia do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social).

As informações sobre presença de deficiências física e mental no Censo-2000 restringem-se a perguntas relativas à capacidade de enxergar, ouvir, caminhar, à presença de deficiência mental e à presença de deficiência dos membros, descritas no Quadro 1. Neste trabalho, consideraram-se como pessoas com deficiência aquelas que apresentaram respostas afirmativas a pelo menos uma das categorias marcadas em negrito na referida tabela.

Quadro 1: Variáveis e categorias para identificação da pessoa com deficiência – Censo Demográfico, 2000

Variável	Categorias utilizadas no Censo	
	Utilizadas para identificação	Não utilizadas para identificação
Problema mental permanente	Sim	Não
Capacidade de enxergar	Incapaz	Grande dificuldade permanente
		Alguma dificuldade permanente
		Nenhuma dificuldade
		Ignorado
Capacidade de ouvir	Incapaz	Grande dificuldade permanente
		Alguma dificuldade permanente
		Nenhuma dificuldade
		Ignorado
Capacidade de caminhar/sub escadas	Incapaz	Grande dificuldade permanente
		Alguma dificuldade permanente
		Nenhuma dificuldade
		Ignorado
Deficiências	Paralisia permanente total	Nenhuma das enumeradas; Ignorado
	Paralisia permanente das pernas	
	Paralisia permanente de um dos lados do corpo	
	Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar	

Fonte: Elaboração própria

Para todas as pessoas presentes na base dos microdados do Censo-2000, classificadas como portadoras de deficiência, será avaliada sua elegibilidade ao BPC. Portanto, a análise dos resultados deve ser vista com muita cautela, uma vez que não há como avaliar o quanto a variável indicadora de deficiência (1, se ocorre pelo menos uma das categorias em negrito no Quadro 1; 0, caso contrário) aproxima-se do critério utilizado pela Perícia do INSS.

O primeiro passo para estimar os elegíveis não-atendidos pelo BPC, utilizando os microdados do Censo-2000, foi identificar suas famílias, que correspondem às unidades de análise para a concessão do benefício, de acordo com o critério de família vigente a partir de 1998. A seguir, descreve-se como a base de dados do Censo-2000 é disponibilizada no que se refere ao quesito família.

Na base dos microdados, as informações estão organizadas segundo os domicílios, que são as unidades de amostragem do Censo Demográfico 2000. Os Domicílios IBGE são classificados como particulares ou coletivos. O domicílio é o local, estruturalmente separado e independente, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas. O domicílio particular é o local onde o relacionamento de seus ocupantes é ditado por laços de parentesco, por dependência doméstica ou por normas de convivência¹¹. O domicílio coletivo, por sua vez, é a moradia onde o relacionamento entre os seus ocupantes é restrito a normas de subordinação administrativa e ao cumprimento de normas de convivência¹². Nestes domicílios, pertencem à mesma família apenas as pessoas residentes que têm laços de parentesco ou de dependência doméstica. Na ausência desses laços entre os moradores, cada morador constitui uma família unipessoal em domicílio coletivo. Dentro de cada domicílio, particular ou coletivo, as informações sobre todos os moradores foram coletadas, permitindo a identificação das relações de parentesco de seus membros com o responsável pelo domicílio.

As famílias identificadas nos domicílios particulares e coletivos, segundo os critérios censitários, serão referenciadas, neste trabalho, como Famílias IBGE.

11 A *dependência doméstica* é a situação de subordinação dos empregados domésticos e dos agregados em relação à pessoa responsável pela família. Por *normas de convivência*, entendem-se as regras estabelecidas para convivência de pessoas que residem no mesmo domicílio e não estão ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica (IBGE, 2002).

12 Exemplos de normas de subordinação administrativa e de cumprimento de normas de convivência em hotéis, pensões, presídios, cadeias, penitenciárias, quartéis, postos militares, escolas, asilos, orfanatos, conventos, mosteiros, hospitais, clínicas (com internação), alojamentos de trabalhadores, campings etc (IBGE, 2002).

Nos domicílios particulares, considera-se família a pessoa que mora sozinha; o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica; as pessoas ligadas por normas de convivência. Dentro de cada domicílio particular pode residir mais de uma família, as chamadas famílias conviventes. Um exemplo é a situação em que, num mesmo domicílio particular, residem um responsável e sua esposa, seu filho e nora. Neste caso, esposo e esposa, filho e nora constituem duas Famílias IBGE diferentes, mas apenas um Domicílio IBGE. As informações coletadas, sobre os moradores dos domicílios particulares, permitem a identificação das famílias conviventes e o estabelecimento das relações de parentesco de seus membros com o responsável por cada uma delas. Pertencem à mesma Família IBGE, em domicílio coletivo, apenas as pessoas residentes que têm laços de parentesco ou de dependência doméstica. Na ausência desses laços entre os moradores, cada morador constitui uma família unipessoal em domicílio coletivo.

O conceito vigente de família para fins de concessão do BPC, aqui referenciada como Família BPC, inclui os membros apontados pela Lei n.º 9.720, de 1998, que estabelece que são componentes da família do requerente do benefício: seu cônjuge ou companheiro; seus pais; seus filhos e irmãos não-emancipados, menores de 21 anos ou inválidos.

Para a verificação da elegibilidade de cada potencial beneficiário, idoso ou pessoa com deficiência, segundo o que prescreve a Lei n.º 9.720, de 1998, é necessário identificar qual é a sua Família BPC. Considerando-se que esta é, na maioria das vezes, um subconjunto da Família IBGE, procurou-se identificar a Família BPC a partir das relações de parentesco de seus membros com o responsável pela Família IBGE, relações essas fornecidas pelo censo. Todavia, essa identificação não é trivial, pois o que é importante nas Famílias BPC são as relações de parentesco dos seus membros com o requerente do benefício. Este nem sempre é o responsável pela Família IBGE.

A seguir, apresenta-se, separadamente, para os idosos e para as pessoas com deficiência, a forma de identificação dos membros da Família BPC, a partir dos dados do Censo-2000; de cálculo da renda familiar mensal *per capita*, com estimativa dos elegíveis não-atendidos; e de estimativa dos fatores de elegibilidade para projeção.

2.1 Idoso

2.1.1 Identificação dos Membros da Família BPC

Para identificar a Família BPC dos idosos, inicialmente foram selecionadas as Famílias IBGE com pelo menos um idoso (65 anos ou mais), aqui denominadas Famílias IBGE-idoso, a partir das quais foram identificadas as Famílias BPC-idoso. A identificação das Famílias BPC-idoso, dentro das Famílias IBGE-idoso, foi feita a partir do tipo de arranjo familiar presente em cada Família IBGE. Esses arranjos, por sua vez, foram obtidos a partir da variável *relação com o responsável pela família*. Os arranjos familiares compreendem todas as combinações possíveis entre as categorias responsável, cônjuge, filhos/enteados, pais/sogros, irmãos e outros. Os indivíduos classificados como netos, outros parentes, pensionistas, agregados, empregados domésticos e parentes dos empregados domésticos foram agrupados numa única categoria, denominada como *outros*. A justificativa para tal agrupamento é o fato de que não é possível saber, sequer inferir, para os indivíduos pertencentes a essas categorias, as suas relações de parentesco com os outros componentes da família.

Alguns pressupostos foram necessários para a identificação das Famílias BPC-idoso, a partir das informações das Famílias IBGE-idoso. São eles: dentro de uma Família IBGE-idoso, onde há idosos na condição de cônjuges, considerou-se uma única Família BPC; se existirem idosos na condição de responsável (pai) e também de filho, considerou-se que cada um faça parte de Famílias BPC diferentes; se, em uma mesma Família IBGE-idoso, existem idosos na condição de responsável (filho) e também de pai, considerou-se, que façam parte de Famílias BPC diferentes; na situação responsável e irmão idosos, considerou-se cada um como parte de uma Família BPC diferente; todo indivíduo idoso, residente em domicílio coletivo ou, nos domicílios particulares, na condição de neto, outro parente, pensionista, agregado, empregado doméstico e parente de empregado doméstico, foi considerado, individualmente, uma família; no Censo não há distinção entre pai e sogro e entre mãe e sogra. Os indivíduos classificados nesta categoria foram considerados como pais.

2.1.2 Cálculo da Renda Familiar Mensal *Per capita* e Estimativa dos Elegíveis Não-Atendidos

Identificada a Família BPC-idoso, o passo seguinte foi estimar sua renda mensal *per capita*, para determinar a elegibilidade ao benefício. O Censo Demográfico 2000 possui uma variável que indica o rendimento total, em salários mínimos, de cada pessoa com 10 anos ou mais, no mês anterior à data de referência do Censo. Na data de referência do Censo-2000, o salário mínimo era de R\$ 151,00 (cento e cinquenta e um reais). A partir desta variável, foi calculada a renda familiar mensal *per capita* para as Famílias BPC-idoso. Neste cálculo, a renda dos menores de 10 anos foi considerada igual a zero, embora isto não seja sempre verdadeiro. No entanto, trata-se de fenômeno raro e a proporção de Famílias BPC-idoso com a presença de menores de 10 anos é, por razões óbvias, muito pequena.

Satisfeito o critério de renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, foram considerados elegíveis ao BPC-idoso, não-atendidas, as pessoas com 65 anos ou mais, não beneficiárias de aposentadoria (de qualquer valor) ou de pensão (com valor maior ou igual a um salário mínimo), de Instituto de Previdência Social, ou de benefício de renda mínima (com valor maior ou igual a um salário mínimo), assim como os não-contribuintes de Instituto de Previdência Social. Esses elegíveis pertenciam a Famílias BPC-idoso não contempladas pelo Programa em 2000.

No cálculo da renda mensal familiar *per capita*, deve-se considerar que, antes da entrada em vigor do Estatuto do Idoso, em outubro de 2003, a renda do amparo assistencial ao idoso (BPC-idoso) ou do amparo assistencial à pessoa com deficiência (BPC-deficiente), concedida a um membro da família, era computada no cálculo da renda mensal familiar *per capita* para concessão do BPC a outro membro da família. Após aquela data, a renda do BPC-idoso deixou de ser contabilizada no cálculo da renda familiar mensal *per capita*, para concessão de BPC a outro idoso.

Nesse estudo, ao analisar a elegibilidade ao BPC, entre os não-atendidos pelo Programa, foram selecionados, em uma mesma Família BPC, todos os idosos

que atendiam ao critério de elegibilidade, ou seja, com renda familiar mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo. Deste modo, considera-se que o benefício BPC, a ser recebido por um membro idoso, não-atendido, não é considerado no cálculo da renda mensal familiar *per capita* para concessão do benefício a outro membro idoso da mesma família. Isto está de acordo com o critério atual de concessão ao idoso, vigente após o Estatuto do Idoso.

No entanto, uma vez que se verificou que, provavelmente, parte substancial dos beneficiários do BPC se declarou como aposentado ou pensionista, outra limitação se coloca: nas famílias em que existem beneficiários do BPC que se declaram como aposentado ou pensionista, a renda do benefício está sendo considerada no cálculo da renda mensal, para identificar a existência de outros idosos na mesma Família BPC, situação que é contrária ao critério atual de concessão ao idoso (superestimando a renda familiar pertinente e subestimando o número de elegíveis não-atendidos) em face do Estatuto do Idoso.

Para calcular corretamente a renda daquelas famílias onde havia algum idoso que recebesse benefício de BPC, seria preciso identificar estes beneficiários na base de microdados do Censo-2000. Embora haja no Censo-2000 uma questão referente ao recebimento de renda mínima, que inclui Bolsa Escola, BPC-idoso, BPC-deficiente e seguro desemprego, este quesito não captou, como já referido, o número efetivo de beneficiários do BPC.

Diante da impossibilidade de identificar na base dos microdados do Censo-2000 os beneficiários do BPC-idoso, para corretamente calcular a demanda potencial ao BPC-idoso, tendo em vista a concessão do benefício a outros idosos numa mesma Família BPC, se porventura estivesse em vigor, em 2000, o Estatuto do Idoso, fatores de ajuste foram estimados, por sexo e grupo etário. O fator de ajuste estimado corresponde à razão entre o número de beneficiários idosos atendidos em dezembro de 2004 e o número de beneficiários idosos atendidos em dezembro de 2003. Com a vigência do Estatuto do Idoso, a possibilidade de concessão do benefício BPC-idoso deve ser maior nas famílias onde já existe algum beneficiário BPC-idoso, em comparação com as famílias em que existe mais de um idoso elegível ao Programa BPC e nenhum deles ainda é atendido.

Sendo assim, o fator de ajuste estimado foi multiplicado pelos elegíveis atendidos em 2000.

Desta forma, em 2000, os elegíveis atendidos, modificados pelo fator de ajuste, relacionado com o Estatuto do Idoso, foram somados aos elegíveis não-atendidos, obtidos através da metodologia descrita anteriormente, obtendo-se o número total de idosos elegíveis ao BPC, segundo os critérios de concessão vigentes a partir de 2004.

2.1.3 Estimativa dos Fatores de Elegibilidade para Projeção

Para calcular os fatores de elegibilidade para projeção, adotou-se o quociente, por sexo e grupo de idade, entre o número total de idosos elegíveis ao BPC em 2000, estimados segundo os critérios de concessão vigentes a partir do Estatuto do Idoso, e a população idosa (com 65 anos ou mais) em 2000. Os fatores de elegibilidade estimados foram aplicados à população idosa projetada para os anos de 2004 a 2010, para estimar o número total de idosos elegíveis ao BPC, considerando os seguintes critérios de concessão: pessoas de 65 anos ou mais de idade, conceito de Família BPC e exclusão do BPC-idoso no cálculo da renda familiar mensal *per capita*.

Na metodologia aqui utilizada para estimar o público potencial ao BPC, no período entre 2004 e 2010 pressupôs-se constância na composição familiar dos idosos, assim como no nível e distribuição de renda dentro das famílias, ambas em relação ao ano 2000; e ausência de alterações nos critérios de concessão do BPC aos idosos.

2.2 Pessoas com Deficiência

2.2.1 Identificação dos Membros da Família BPC

Para identificar a Família BPC das pessoas com deficiência (com idade menor de 65 anos), inicialmente foram selecionadas as Famílias IBGE com pelo menos uma pessoa com deficiência, aqui denominadas Famílias IBGE-deficiente,

a partir das quais foram identificadas as Famílias BPC-deficiente. Os deficientes com mais de 65 anos foram considerados neste trabalho, como visto, como parte do público-alvo do BPC-idoso. As Famílias BPC das 4.307 pessoas com deficiência (0,08% do total de deficientes) pertencentes a Famílias IBGE, com seis ou mais pessoas nessa condição, foram assumidas como Famílias BPC-deficiente.

A identificação das Famílias BPC-deficiente, dentro das Famílias IBGE-deficiente, foi feita a partir da variável *relação com o responsável pela família*. Nas Famílias IBGE com mais de uma pessoa com deficiência, as Famílias BPC de cada um deles foi identificada através da informação de parentesco dos membros da família com o seu responsável. Quando a relação de parentesco da pessoa com deficiência com o responsável pela família era de cônjuge, filho, irmão ou pai, além da situação em que a pessoa com deficiência é a responsável, a composição de suas Famílias BPC foram obtidas como descrito (ver Quadro 2). Por exemplo, foram considerados membros da Família BPC do cônjuge com deficiência o responsável, os filhos dependentes, além dele próprio.

Quadro 2: Membros da família das pessoas com deficiência, segundo a relação destas com o responsável pela Família IBGE

Relação do requerente deficiente com o responsável pela Família IBGE	Membros da Família BPC				
	Responsável 1	Responsável	Cônjuge	Filhos dependentes	Irmãos dependentes (irmãos do responsável)
Cônjuge	Responsável	Cônjuge	Filhos dependentes		
Filhos	Responsável	Cônjuge	Filho	Irmãos dependentes (filhos do responsável)	Pais (pais do responsável)
Irmãos				Irmãos dependentes (irmãos do responsável)	
Pais				Filhos dependentes (irmãos do responsável)	Pais (pais do responsável)

Fonte: Elaboração própria

Nos casos onde a pessoa com deficiência era neta, pensionista, agregada, outro parente, empregada doméstica e parente do empregado doméstico, não foi possível identificar outros membros de sua Família BPC. Todos os indivíduos com deficiência pertencentes a essas categorias foram considerados como constituindo uma Família BPC-deficiente unipessoal. Esses indivíduos representam 5,77% de todas as pessoas com deficiência com idades inferiores aos 65 anos. Novamente, como não há como distinguir entre pai/sogro e entre mãe/sogra, todos foram considerados como pais. Ademais, nos domicílios coletivos, cada deficiente foi tomado como uma Família BPC unipessoal.

2.2.2 Cálculo da Renda Familiar Mensal *Per capita* e Estimativa dos Elegíveis Não-atendidos

Identificada a Família BPC-deficiente, o passo seguinte foi estimar sua renda mensal *per capita*, para determinar a elegibilidade ao benefício. O Censo Demográfico 2000 possui uma variável que indica o rendimento total, em salários mínimos, de cada pessoa com 10 anos ou mais, no mês anterior à data de referência do Censo. Na data de referência do Censo-2000, o salário mínimo era de R\$ 151,00 (cento e cinquenta e um reais). Através desta variável, foi calculada a renda familiar mensal *per capita* das Famílias BPC-deficiente. Neste cálculo, a renda dos menores de 10 anos foi considerada igual a zero.

Satisfeito o critério de renda mensal familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, foram considerados elegíveis ao BPC-deficiente, não-atendidas, as pessoas com menos de 65 anos, não beneficiárias de aposentadoria (de qualquer valor) ou de pensão (com valor maior ou igual a um salário mínimo), de Instituto de Previdência Social, ou de benefício de renda mínima (com valor maior ou igual a um salário mínimo), assim como os não-contribuintes de Instituto de Previdência Social. Esses elegíveis pertenciam a Famílias BPC-deficiente não contempladas pelo Programa, em 2000.

No caso da pessoa com deficiência, no cálculo da renda mensal *per capita* de uma Família BPC, deve(m) ser incluído(s) o(s) benefício(s) BPC recebido(s) por membro(s) BPC-idoso(s) e deficiente(s) dessa Família BPC-deficiente.

Para estimar o total de elegíveis ao BPC-deficiente, em 2000, o número de elegíveis atendidos, obtido através dos registros administrativos, foi somado ao número de elegíveis não-atendidos, obtidos através da metodologia descrita anteriormente, obtendo-se o número total de deficientes elegíveis ao BPC, segundo os critérios de concessão vigentes a partir de 1999.

2.2.3 Estimativa dos Fatores de Elegibilidade para Projeção

Para calcular os fatores de elegibilidade para projeção, adotou-se o quociente, por sexo e grupo de idade, entre o número total de deficientes elegíveis ao BPC em 2000, estimados segundo os critérios de concessão vigentes a partir de 1999, e a população por grupo etário (com menos de 65 anos) em 2000. Os fatores de elegibilidade estimados foram aplicados à população projetada, por grupo etário, para os anos de 1999 a 2010, para estimar o número total de deficientes elegíveis ao BPC, considerando os seguintes critérios de concessão: pessoas com menos de *per capita* 65 anos, conceito de Família BPC e inclusão do BPC-deficiente no cálculo da renda familiar mensal.

Na metodologia utilizada para estimar a demanda potencial ao BPC, no período entre 1999 e 2010, pressupôs-se constância no nível e distribuição de renda dentro das famílias, assim como na composição familiar dos deficientes, em relação ao ano 2000, e ausência de alterações nos critérios de concessão do BPC aos deficientes.

3 Resultados

3.1 Idosos

3.1.1 Comparação da Estimativa do Número de Idosos nas Projeções

De acordo com o Censo-2000, dos quase 170 milhões de brasileiros, 5,84% eram idosos (65 anos ou mais), o que correspondia a quase 10 milhões de

habitantes. Em 2004, na população projetada pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar, 6,17% da população total seria idosa (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006), enquanto na projeção do IBGE este percentual alcançaria quase 6% (OLIVEIRA *et al.*, 2004). Em 2010, para ambas projeções, o percentual de idosos, com 65 anos ou mais de idade, deverá antigir 6,7%.

Na Tabela 1 apresentam-se as estimativas da população idosa do Brasil, por sexo, resultado de duas projeções independentes, para os anos de 2004 a 2010. Pode-se perceber que não há diferença significativa entre as projeções apresentadas; até 2005, a projeção realizada pelo Cedeplar mostra-se ligeiramente superior àquela do IBGE; desse ano em diante, as projeções do Cedeplar para a população idosa mostram-se marginalmente inferiores. Para a maioria dos anos de projeção, o número de mulheres idosas projetadas pelo Cedeplar foi superior, enquanto que, para os homens, são inferiores em relação às estimativas de população do IBGE.

Tabela 1: População idosa (65 anos ou mais) estimada, por sexo e instituição responsável pela projeção; Brasil, 2004-2010

Ano	Cedeplar			IBGE		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
2004	4.813.701	6.204.982	11.018.683	4.802.858	6.052.627	10.855.485
2005	4.932.173	6.383.807	11.315.980	4.963.082	6.279.550	11.242.632
2006	5.049.931	6.559.297	11.609.227	5.116.349	6.504.855	11.621.204
2007	5.171.158	6.740.414	11.911.572	5.265.948	6.731.209	11.997.157
2008	5.295.968	6.927.361	12.223.328	5.416.147	6.961.703	12.377.850
2009	5.424.478	7.120.346	12.544.823	5.573.021	7.200.859	12.773.880
2010	5.556.809	7.319.587	12.876.395	5.741.211	7.452.495	13.193.706

Fonte: MDS/Cedeplar/UFMG, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2004

A Tabela 2 apresenta a estimativa da população idosa (com 65 anos ou mais) do Brasil e das Grandes Regiões, para os anos de 2004 a 2010. Como as projeções do IBGE apresentam somente informações para a população total das Regiões, comparações não puderam ser realizadas. Pode-se verificar que quase a metade da população idosa encontra-se na Região Sudeste, em qualquer ano do

período analisado. Por outro lado, o maior crescimento proporcional da população idosa irá ocorrer nas Regiões Norte e Centro-Oeste, entre os anos de 2004 e 2010.

Tabela 2: População idosa (65 anos ou mais) estimada utilizando projeção Cedeplar, por ano da projeção; Brasil e Grandes Regiões, 2004-2010

Região	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil	11.018.683	11.315.980	11.609.227	11.911.572	12.223.328	12.544.823	12.876.395
Norte	530.778	547.867	566.606	586.024	606.148	627.005	648.623
Nordeste	2.998.895	3.055.721	3.114.871	3.175.706	3.238.280	3.302.649	3.368.869
Sudeste	5.137.165	5.279.758	5.414.978	5.554.078	5.697.182	5.844.419	5.995.922
Sul	1.768.081	1.824.554	1.881.324	1.939.965	2.000.543	2.063.127	2.127.785
Centro-Oeste	583.764	608.080	631.449	655.798	681.174	707.623	735.195

Fonte: MDS/Cedeplar/UFMG, 2006

3.1.2 Estimativa do Número Total de Idosos Elegíveis ao BPC entre 2004 e 2010

Na Tabela 3 encontram-se as estimativas da população elegível ao BPC-idoso, para o Brasil, considerando os critérios atuais de concessão do benefício, de acordo com a instituição responsável pela projeção populacional, para o período entre 2004 e 2010. Como se pressupôs que os fatores de incidência de elegibilidade, por sexo e idade, que foram aplicados às projeções populacionais são fixos no tempo, o crescimento no público elegível total ao BPC-idoso é praticamente igual ao crescimento da população com 65 anos ou mais de idade. Deste modo, as diferenças observadas entre as projeções, no que se refere ao total da população idosa, apresentadas anteriormente, são basicamente válidas para a análise da estimativa da população total elegível ao BPC-idoso¹³.

13 Como a razão de sexo e a estrutura etária interna da população idosa não são exatamente as mesmas nas duas projeções e os fatores de elegibilidade variam conforme o sexo e o grupo etário, o diferencial proporcional de elegíveis entre as duas projeções não é exatamente igual ao diferencial entre as duas estimativas da população idosa.

Tabela 3: Estimativa da população elegível total ao BPC-idoso (65 anos ou mais), por sexo e instituição responsável pela projeção populacional; Brasil, 2004-2010

Ano	Cedeplar			IBGE		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
2004	412.186	596.853	1.009.039	409.267	581.947	991.214
2005	422.713	614.600	1.037.313	421.731	602.398	1.024.129
2006	432.621	631.347	1.063.967	433.213	622.483	1.055.697
2007	442.805	648.627	1.091.432	444.087	642.515	1.086.602
2008	453.275	666.461	1.119.735	454.897	662.881	1.117.778
2009	464.038	684.868	1.148.906	466.410	684.136	1.150.546
2010	475.105	703.870	1.178.975	479.205	706.736	1.185.941

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFGM, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2004

A Tabela 4 mostra as estimativas da população total elegível ao BPC-idoso do Brasil e das Grandes Regiões, para os anos de 2004 a 2010. Assim como quase a metade da população idosa se encontrava na Região Sudeste em qualquer ano do período analisado, proporção semelhante da população elegível total ao BPC-idoso encontra-se nesta Região. Deve-se destacar também que uma parcela considerável do total de elegíveis encontra-se na Região Nordeste, mas estima-se que o crescimento relativo da população total elegível ao BPC-idoso será maior nas Regiões Norte e Centro-Oeste, entre os anos de 2004 e 2010.

Tabela 4: Estimativa da população elegível total ao BPC-idoso (65 anos ou mais) utilizando projeção do Cedeplar, por ano da projeção; Brasil e Grandes Regiões, 2004-2010

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
2004	1.009.039	85.614	307.585	424.162	92.903	98.775
2005	1.037.313	88.529	314.737	435.403	95.674	102.970
2006	1.063.967	91.535	321.232	446.004	98.460	106.737
2007	1.091.432	94.649	327.906	456.891	101.330	110.656
2008	1.119.735	97.876	334.764	468.072	104.289	114.735
2009	1.148.906	101.220	341.813	479.556	107.337	118.980
2010	1.178.975	104.686	349.058	491.353	110.480	123.399

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFGM, 2006

3.1.3 Estimativa da Cobertura do BPC-Idoso em 2004 e 2005

A cobertura do Programa BPC, para o público idoso, foi calculada dividindo-se a população atendida pelo BPC-idoso (registro administrativo), ajustada para o meio do ano, pela população idosa elegível ao BPC, que foi projetada. Novamente, foram consideradas na análise as projeções do Cedeplar (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006) e do IBGE (OLIVEIRA, 2004). Assim como na estimativa dos fatores de elegibilidade dos idosos, a estimativa da população atendida pelo BPC-idoso incorporou, além do público idoso efetivamente atendido, os indivíduos com 65 anos e mais atendidos pelo BPC-deficiente.

Na Tabela 5 tem-se o número de idosos atendidos pelo BPC e a estimativa da cobertura do BPC-idoso para o Brasil, considerando os critérios atuais de concessão do benefício ao idoso, por instituição responsável pela projeção populacional, nos anos de 2004 e 2005. Pode-se ver que não há mudanças significativas na estimativa de cobertura do BPC-idoso em relação às duas estimativas de população apresentadas.

Por outro lado, é importante notar que, em 2004, estimou-se que a cobertura total do BPC-idoso era de 86%, ou seja, dos idosos elegíveis ao BPC-idoso em 2004, cerca de 86% deles já estariam recebendo o benefício. As estimativas apontam que, para as mulheres, a cobertura era inferior à dos homens, que já estariam tendo cobertura praticamente total em 2004. Em 2005, houve um aumento da cobertura total dos elegíveis ao BPC-idoso, que teria chegado a 104%, com os homens apresentando novamente uma cobertura maior do que a das mulheres. Desta forma, há fortes indícios para afirmar que, em 2005, havia sobrecobertura do BPC, entre os homens, e cobertura praticamente completa, entre as mulheres.

Tabela 5: Número de idosos atendidos no BPC e estimativa da cobertura do BPC-idoso (65 anos ou mais), por sexo e instituição responsável pela projeção populacional; Brasil, 2004 e 2005

Ano	Atendidos			Cedeplar			IBGE		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
2004	395.378	470.830	866.208	0,96	0,79	0,86	0,97	0,81	0,87
2005	487.020	596.936	1.083.956	1,15	0,97	1,04	1,15	0,99	1,06

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFGM, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2004; DATAPREV/MDS, 2005

A Tabela 6 mostra o número de idosos atendidos pelo BPC e a estimativa da cobertura do BPC-idoso (pessoas com 65 anos ou mais), para o Brasil e Grandes Regiões, no ano de 2005. Para a Região Sudeste, a estimativa de cobertura é mais baixa do que a média nacional, enquanto para as demais Regiões as estimativas de cobertura estão acima desta média. No caso dos homens, a Região Sudeste apresenta estimativa de sobrecobertura abaixo do valor da média nacional, ao contrário das outras Regiões. Entre as mulheres, nas Regiões Norte, Nordeste e Sul já se teria atingido cobertura total.

Tabela 6: Número de idosos atendidos no BPC e estimativa da cobertura do BPC-idoso (65 Anos ou Mais) por sexo, utilizando projeção do Cedeplar; Brasil e Grandes Regiões, 2005

Região	Atendidos			Cobertura		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Brasil	487.020	596.936	1.083.956	1,15	0,97	1,04
Norte	54.151	43.124	97.275	1,20	1,00	1,10
Nordeste	154.042	190.401	344.443	1,20	1,02	1,09
Sudeste	167.023	254.159	421.182	1,07	0,91	0,97
Sul	50.327	57.388	107.715	1,19	1,07	1,13
Centro-Oeste	61.477	51.864	113.341	1,22	0,99	1,10

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFGM, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2004; DATAPREV/MDS, 2005

3.2 Pessoas com Deficiência

3.2.1 Estimativa do Número de Pessoas com Deficiência em 2000

Utilizando-se os microdados do Censo-2000 e de acordo com o conceito de deficiência descrito no Quadro 1, dos quase 170 milhões de habitantes brasileiros, 3,29% eram idosos (menos de 65 anos), o que correspondia a 5,6 milhões de habitantes. O número de pessoas com deficiência, em 2000, era ligeiramente maior entre os homens que entre as mulheres.

Das pessoas com deficiência com menos de 65 anos, em 2000, estimou-se que cerca de 1 milhão (18%) eram não-atendidas pelo Programa BPC, considerando os seguintes critérios de elegibilidade: conceito de família BPC e inclusão do BPC-deficiente no cálculo da renda familiar mensal *per capita*.

3.2.2 Estimativa do Número Total de Pessoas com Deficiência, Elegíveis ao BPC, entre 1999 e 2010

A Tabela 7 mostra as estimativas da população total elegível ao BPC-deficiente do Brasil e Grandes Regiões, para os anos de 1999 a 2010, por sexo. Acima de 40% da população total elegível ao BPC-deficiente encontra-se na Região Nordeste, tendo o Sudeste, também, participação expressiva entre os elegíveis ao Programa BPC estimados. Pouco mais da metade da demanda potencial ao BPC-deficiente é constituída pelos homens, sendo que o diferencial entre homens e mulheres é maior nas Regiões Norte, Nordeste e Sul.

Tabela 7: Estimativa da população elegível total ao BPC-deficiente (menos de 65 anos) utilizando projeção do Cedeplar, por sexo e ano da projeção; Brasil e Grandes Regiões, 1999–2010.

Região/UF	Sexo	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Brasil		928.742	947.366	962.921	979.091	995.898	1.013.364	1.031.513	1.049.030	1.067.262	1.086.235	1.105.975	1.126.512
	Norte	92.279	95.233	97.633	100.119	102.695	105.363	108.129	110.721	113.416	116.217	119.127	122.151
	Nordeste	425.244	433.140	440.593	448.354	456.434	464.844	473.595	482.880	492.520	502.532	512.929	523.725
	Sudeste	267.428	272.233	275.600	279.104	282.748	286.537	290.477	293.709	297.099	300.652	304.374	308.270
	Sul	88.014	89.443	90.599	91.798	93.042	94.331	95.669	96.837	98.051	99.314	100.626	101.990
	Centro-Oeste	55.778	57.317	58.496	59.716	60.980	62.288	63.643	64.883	66.175	67.520	68.919	70.375
Brasil		815.092	832.228	847.002	862.350	878.292	894.848	912.040	928.553	945.726	963.582	982.146	1.001.442
	Norte	75.346	77.882	79.979	82.158	84.423	86.777	89.224	91.487	93.841	96.290	98.838	101.490
	Nordeste	368.946	375.605	382.046	388.729	395.660	402.846	410.297	418.240	426.466	434.985	443.806	452.941
	Sudeste	246.247	251.227	255.049	259.025	263.158	267.455	271.921	275.723	279.700	283.858	288.203	292.743
	Sul	74.145	75.481	76.584	77.729	78.920	80.156	81.440	82.536	83.677	84.863	86.096	87.378
	Centro-Oeste	50.408	52.034	53.344	54.710	56.132	57.615	59.159	60.568	62.043	63.587	65.202	66.891
Brasil		1.743.834	1.779.594	1.809.923	1.841.441	1.874.190	1.908.213	1.943.553	1.977.583	2.012.988	2.049.817	2.088.121	2.127.955
	Norte	167.625	173.114	177.611	182.277	187.117	192.140	197.353	202.208	207.257	212.506	217.965	223.642
	Nordeste	794.190	808.744	822.639	837.083	852.094	867.690	883.892	901.120	918.987	937.517	956.795	976.666
	Sudeste	513.675	523.460	530.650	538.128	545.906	553.992	562.398	569.432	576.799	584.510	592.577	601.013
	Sul	162.158	164.924	167.182	169.527	171.961	174.487	177.109	179.373	181.728	184.177	186.722	189.368
	Centro-Oeste	106.186	109.351	111.840	114.426	117.112	119.903	122.802	125.451	128.218	131.106	134.121	137.267

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFMG, 2006; DATAPREV/MDS, 2005

3.2.3 Estimativa da Cobertura do BPC entre 1999 e 2005

A Tabela 8 apresenta o número de pessoas com deficiência atendidas pelo BPC e os resultados da estimativa de cobertura total do BPC-deficiente (pessoas com menos de 65 anos), para o Brasil e as Grandes Regiões, nos anos de 1999 a 2005. Percebe-se que o número de pessoas com deficiência atendidas pelo BPC aumentou substancialmente no período analisado, principalmente nas Regiões Sul e Norte.

Conclui-se que houve um aumento da cobertura estimada do Programa BPC-deficiente, no período entre 1999 e 2004, em todas as unidades geográficas apresentadas. Para o Brasil, a estimativa, em 2005, é de que a cobertura total do BPC-deficiente teria sido de 57%, ou seja, das pessoas com deficiência elegíveis ao BPC-deficiente, cerca de 57% estariam recebendo, naquele ano, o benefício. No entanto, é importante destacar que este resultado deve ser interpretado com cautela, uma vez que o conceito de deficiência utilizado para estimar o número de elegíveis não-atendidos baseou-se nas informações sobre limitações físicas e mentais disponíveis no Censo, podendo estar o número de elegíveis sobreestimado. Entre as Regiões, o Centro-Oeste teria apresentado maior cobertura total, para o público BPC-deficiente (72%, em 2005).

Tabela 8: Número de pessoas com deficiência atendidas no BPC e estimativa da cobertura do BPC-deficiente (menos de 65 anos) utilizando projeção do Cedeplar, por ano; Brasil e Grandes Regiões, 1999-2005

Região/UF	Atendidos						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	676.723	750.268	816.712	895.277	977.667	1.046.792	1.100.372
Norte	60.933	69.520	77.228	86.882	97.623	108.349	117.181
Nordeste	315.150	339.044	360.209	384.582	409.035	429.583	445.769
Sudeste	192.529	219.330	242.310	268.683	296.202	317.871	333.489
Sul	57.242	65.863	74.272	85.218	97.846	108.203	115.995
Centro-Oeste	50.869	56.511	62.693	69.913	76.962	82.787	87.938

Região/UF	Cobertura						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	0.388	0.422	0.451	0.486	0.522	0.549	0.566
Norte	0.364	0.402	0.435	0.477	0.522	0.564	0.594
Nordeste	0.397	0.419	0.438	0.459	0.480	0.495	0.504
Sudeste	0.375	0.419	0.457	0.499	0.543	0.574	0.593
Sul	0.353	0.399	0.444	0.503	0.569	0.620	0.655
Centro-Oeste	0.479	0.517	0.561	0.611	0.657	0.690	0.716

Fonte: IBGE, Censo-2000; MDS/Cedeplar/UFMG, 2006; DATAPREV/MDS, 2005

4 Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi estimar a demanda potencial ao Benefício de Prestação Continuada dos idosos (BPC-idoso), no período entre 2004 e 2010, e do público-alvo das pessoas com deficiência (BPC-deficiente), nos anos de 1999 a 2010. Também foi estimada a cobertura do Programa nos anos de 2004 e 2005, para os idosos, e de 1999 a 2005, para as pessoas com deficiência. A projeção da demanda potencial ao BPC no período analisado envolveu a projeção da população, por grupo etário quinquenal, sexo e Unidade da Federação. A projeção populacional realizada pelo IBGE (OLIVEIRA *et al.*, 2004) também foi apresentada, com finalidade de comparação dos resultados obtidos, para o Brasil, da população idosa (com 65 anos ou mais).

A demanda potencial do Programa BPC é formada pelo total de pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade ao Programa. Pode-se separar a demanda potencial entre as pessoas já atendidas pelo Programa (elegíveis atendidas) e aquelas que ainda não são atendidas pelo Programa (elegíveis não-atendidas). Para estimar o público elegível não-atendido pelo BPC, foram utilizados os microdados do Censo-2000. Obteve-se o número de elegíveis atendidos pelo BPC através dos dados administrativos disponibilizados pelo DATAPREV/MDS.

Algumas dificuldades se apresentaram na etapa de estimativa dos elegíveis não-atendidos dos idosos: identificação da Família BPC, considerando o critério

atual dado pela Lei n.º 9.720, de 1998, através das informações do Censo; exclusão da renda BPC-idoso no cálculo da renda familiar mensal *per capita* dos idosos nas famílias em que havia beneficiários do Programa que se declararam equivocadamente como aposentados ou pensionistas; variação no número de elegíveis não-atendidos provocada pelas mudanças nos critérios de concessão aos idosos, ocorridas com a aprovação do Estatuto do Idoso. No caso dos elegíveis não-atendidos pelo BPC-deficiente, a dificuldade centrou-se na identificação da Família BPC, considerando o critério atual dado pela Lei n.º 9.720, de 1998, a partir das informações do Censo.

Na estimativa da demanda total ao Programa BPC, públicos idoso e pessoas com deficiência, foram calculados fatores de elegibilidade, separados pelo tipo de público, que foram aplicados às populações projetadas, para gerar o número de idosos e de pessoas com deficiência que satisfariam às condições de elegibilidade ao Programa. O cálculo de fatores de elegibilidade do público idoso, para a projeção da demanda potencial, envolveu a estimativa do público idoso que atendessem aos critérios de elegibilidade ao BPC, utilizando dados de 2000, mas considerando os critérios de concessão vigentes após o Estatuto do Idoso, de 2003. A estimativa dos fatores de elegibilidade das pessoas com deficiência, para projeção da demanda potencial, envolveu a estimativa do público-alvo das pessoas com deficiência de acordo com conceito de deficiência definido a partir dos dados do Censo-2000, que atendessem aos critérios de elegibilidade ao BPC. Para este público, a única alteração ocorrida nos critérios de concessão ocorreu em 1998, com a mudança no conceito de família.

Estimados os elegíveis potenciais em 2000 e calculados os fatores de elegibilidade, foram obtidos os números projetados de elegíveis ao BPC-idoso e ao BPC-deficiente. Em seguida, estimou-se a cobertura do Programa BPC, por tipo de benefício.

Os resultados apresentados sugerem que a cobertura do BPC para o público idoso em 2005 já estaria completa, havendo, inclusive, sobrecobertura entre os homens idosos. Para o público de pessoas com deficiência, os resultados mostram que a cobertura total do BPC-deficiente seria de 57%, em 2005. No entanto, é importante destacar que este resultado deve ser interpretado com cautela, pois

o conceito de deficiência utilizado pode estar sobreestimando os elegíveis não-atendidos. É importante, também, ressaltar que a metodologia utilizada adota vários pressupostos, como ausência de mudanças substanciais no nível e na distribuição de renda entre as famílias; na composição familiar dos idosos e das pessoas com deficiência, no período analisado, em relação a 2000; assim como ausência de alterações nos critérios de concessão do BPC entre 2005 e 2010. Deve-se destacar que o objetivo deste trabalho foi, acima de tudo, subsidiar e sugerir elementos para reflexão e discussão em torno dos critérios de concessão e cessação, atualmente adotados, dos benefícios do BPC-idoso e do BPC-deficiente.

5 Bibliografia

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2005.

BRASIL. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Código Civil**. Brasília, DF, 11 de novembro de 2002. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 de maio de 1999. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2005.

BRASIL. Decreto n. 1.744 de 08 de dezembro de 1995. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 de dezembro de 1995. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1995/1744.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 08 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 14 de agosto de 1998. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 15 maio 2005.

BRASIL. Dataprev. In: **Arquivos do LOAS**. Brasília, DF: Dataprev, 2005. CD-ROM.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Documentação dos microdados da amostra do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

CEDEPLAR (Belo Horizonte). Estimativa de crescimento do público-alvo potencial do BPC para o período compreendido entre 2005 e 2010. **Relatório de pesquisa**. Belo Horizonte, 2006. [Mimeo].

OLIVEIRA, J. C.; ALBUQUERQUE, F. R. P. C.; LINS, I. B. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2004** metodologia e resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Avaliação do Benefício de Prestação Continuada



Capítulo X

Capítulo X

Avaliação do Benefício de Prestação Continuada

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹

João Bosco Hora Góis²

Mônica de Castro Maia Senna³

Míriam Fátima Reis⁴

Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos⁵

1 Apresentação

Este artigo apresenta os resultados da pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, desenvolvida pelo Núcleo de Avaliação de Políticas (NAP) da Universidade Federal Fluminense⁶, com o apoio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício social de caráter temporário voltado para pessoas com deficiência (PCDs) com comprovada

1 Socióloga, Doutora em Ciências – Saúde Pública, Professora adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

2 Assistente Social, Doutor em Serviço Social, Professor adjunto da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

3 Assistente Social, Doutora em Ciências – Saúde Pública, Professora adjunta da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

4 Assistente Social, Mestre em Serviço Social, Professora assistente da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense.

5 Estatístico, Doutor em Ciências – Saúde Pública, Professor da Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE/IBGE.

6 A pesquisa contou com a participação dos alunos bolsistas Tathiana Meyre, Robson Silva, Luisa Vianna Ferreira e MarluCIA Rodrigues.

incapacidade para o trabalho e para a vida independente e para idosos acima de 65 anos. Tanto idosos quanto pessoas com deficiência devem comprovar ter renda familiar *per capita* inferior a 25% do salário mínimo vigente. Todos os cidadãos que comprovem essas condições têm direito ao recebimento de 1 (um) salário mínimo mensal, pelo tempo que essas condições perdurarem, sendo as condições para concessão do benefício revisadas a cada dois anos.

O BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) e implantado de forma efetiva em 02 de janeiro de 1996.

Esta avaliação tem dois enfoques: de um lado, procura identificar os problemas e desafios na gestão do benefício; de outro, os efeitos do benefício para os beneficiários. Para tanto, foi selecionada amostra na Região Sudeste e foram investigados diferentes segmentos relacionados à gestão e ao controle social do benefício, além de beneficiários atuais e pessoas que deram entrada no benefício, mas tiveram o pedido indeferido.

O artigo está dividido em cinco partes. Na primeira parte são apresentados o problema e o objeto da pesquisa. A segunda parte trata da metodologia e amostragem. Na terceira parte seguem os resultados referentes a beneficiários. Na quarta parte estão os resultados referentes aos problemas e soluções na gestão do BPC. E ao final seguem as principais considerações sobre os resultados.

2 Problema e Objeto de Estudo

O sistema brasileiro de proteção social baseou-se até recentemente na garantia de direitos sociais dada pela inserção dos cidadãos no mercado de trabalho. As necessidades e segmentos da população fora desse padrão eram atendidos por políticas, programas ou benefícios assistenciais isolados, sem continuidade, e permeados por mecanismos tradicionais de intermediação de interesses, em especial o clientelismo. Além do baixo impacto desse modelo na redução dos problemas e necessidades sociais, consolidou-se no Brasil uma cultura política onde a assistência social era a própria inversão da cidadania (FLEURY, 1994): benefícios concedidos e recebidos como favor ou caridade.

Esse modelo começa a mudar a partir dos anos 1980, com a redemocratização e a crítica ao aparato público de políticas sociais construído historicamente. E muda de fato, ao menos na norma, com a Constituição Federal de 1988, que define a assistência social como política pública integrante do sistema de seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social.

A partir do processo de construção e aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que regulamenta os preceitos constitucionais sobre a política de assistência social (Lei n.º 8742, de 7 de dezembro de 1993), ampliou-se o debate sobre essa política social e o seu papel no interior da seguridade social. Este debate produziu um ganho organizacional e político sem precedentes para a assistência, ao aprofundar a concepção da política na direção da ampliação de direitos sociais e em garantir o seu estatuto legal.

Inscrito na LOAS, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) – primeiro mínimo social brasileiro garantido constitucionalmente, tem como princípio fortalecer a perspectiva de provisão social no sentido da garantia de direitos de cidadania, independentemente do vínculo ao trabalho, impondo assim uma mudança no padrão tradicional de proteção assistencial brasileiro.

Esse é o objetivo mais geral da avaliação proposta, identificar se o BPC tem alcançado a alteração desse padrão tradicional, e isso nas condições reais em que ele vem sendo implementado. Pois, apesar de benefício assistencial, que deve seguir a concepção e diretrizes da política nacional de assistência, o BPC é operacionalizado pela Previdência Social, que é quem concede, autoriza a permanência e, em última instância, gerencia o benefício. E a Previdência Social, como sabido, está calcada na noção de proteção social como dependente do vínculo às contribuições pretéritas. Isso poderia levar o BPC a ser tratado como benemerência estatal, posto em segundo plano nas estratégias institucionais e, conseqüentemente, seus demandantes serem tratados como cidadãos de “segunda classe”.

Dessa forma, cabe investigar se o BPC representou de fato uma ampliação da noção de cidadania dos segmentos sociais tradicionalmente excluídos do acesso aos direitos sociais, ou se acaba por reforçar concepções estigmatizantes e vexatórias sobre os pobres e miseráveis.

A assistência social vem fazendo esforço significativo, através de um processo complexo de negociação e pactuação de normas e procedimentos de gestão, para imprimir sua concepção e diretrizes ao BPC, mesmo mantendo sua operacionalização com a Previdência Social, através do INSS – Instituto Nacional do Seguro Social. Esse processo tem, por hipótese, gerado resultados positivos para que o BPC alcance de fato o *status* de direito e possa alterar o padrão tradicional de tratamento dos benefícios assistenciais. Isso pode ser identificado pela percepção e opinião dos gestores dos setores institucionais envolvidos – previdência e assistência social – sobre a condução das ações acerca do BPC e sobre quem são seus beneficiários e demandantes. Também pela posição que os próprios beneficiários e usuários apresentam sobre o BPC e sobre sua própria trajetória de demandantes do benefício.

Outro fator essencial para que se identifique o alcance de qualquer benefício social são os critérios de acesso e permanência. Mesmo sendo um benefício garantido pela Constituição e provendo um salário mínimo integral, as regras de acesso ao BPC ainda têm pontos restritivos (SPOSATI, 2004; GOMES, 2004). O corte de renda *per capita* familiar de menos de 25% do salário mínimo é o mais baixo dentre os programas de transferência de renda que, em média, situam-se na faixa de meio salário mínimo. A renda máxima para o BPC corresponde hoje a cerca de 1 dólar dia, padrão internacional de miserabilidade.

A par o baixo patamar, a literatura também questiona a renda como mecanismo prevaiente de acesso. Por um lado, argumenta-se que a pobreza é um fenômeno multifacetado, para além das carências materiais e relacionado a diversas vulnerabilidades que englobam também um *status* social específico, um sentimento de inferioridade e de não pertencimento (PAUGAM, 2003; SCOREL, 1999). Por outro lado, mesmo para a identificação de necessidades materiais, o consumo – e não a renda – deveria ser o critério principal, dada a diversidade nas carências, na estrutura de apoio familiar e de acesso local a bens e serviços (MEDEIROS, 2006; ROCHA, 2003). É nesse sentido que a pesquisa procurou investigar não só o quanto o valor do BPC impacta na vida de beneficiários, mas também quem são os usuários que tiveram seu benefício indeferido pelo critério de renda, para identificar o quanto eles se diferenciam dos beneficiários que mantêm o benefício.

No que se refere às pessoas com deficiência, outro critério de acesso e permanência do benefício é a proibição de exercer atividade laborativa, o que pode restringir a inserção social dos indivíduos. O BPC se destina a pessoas deficientes comprovadamente incapazes para a vida independente e o trabalho, mas os próprios gestores do benefício reconhecem a dificuldade de aplicação dos critérios de incapacidade (MDS/SNAS, 2004). De outro lado, os critérios de avaliação priorizam o grau de autonomia e ao revés de incapacidade para o trabalho, que não estão necessariamente associados à gravidade da doença, e por isso não consideram o impacto da deficiência na qualidade de vida das pessoas e de suas respectivas famílias (MEDEIROS, 2006).

Outro elemento da avaliação diz respeito ao desenho da política assistencial que insere o BPC, no que toca aos fatores de descentralização, em especial o papel das secretarias municipais de assistência; da intersetorialidade entre as políticas e estruturas governamentais e ao controle social. Esses são elementos orientadores da política de assistência, particularmente agora com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que tem como objetivo, a exemplo da área de saúde, implantar uma política de assistência social nacional, de responsabilidade dos três níveis de governo, descentralizada na condução das ações, baseada na participação e controle social dos distintos segmentos sociais e integrada com as demais políticas sociais.

Nesse sentido, busca-se identificar, em primeiro lugar, o alcance e características das relações entre os diferentes setores governamentais responsáveis pelo BPC. Com lógicas e estruturas institucionais bastante distintas, as relações entre a Previdência Social e a assistência social, tanto no que se refere à esfera nacional como para o nível municipal, são sabidamente conflituosas e afetam diretamente a gestão do BPC. Por outro lado, as iniciativas de cooperação podem gerar mecanismos promissores para o acesso de beneficiários e melhoria dos elementos de gestão.

No nível local, o alcance da integração entre as estruturas institucionais interfere tanto na maior ou menor participação da assistência social na gestão do BPC, como também na possibilidade de geração de ações intersetoriais entre distintos setores da política social. Já o controle social indica a possibilidade de

construção de uma cidadania substantiva, onde a relação entre Estado e sociedade não se restringe à oferta e ao recebimento de benefícios sociais. A literatura tem demonstrado os limites do controle social e das instâncias por ele responsáveis na política social. Mas também aponta para a importância desse controle no adensamento da democratização do Estado (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2004).

O BPC visa a dirimir as condições de destituição a que estão sujeitos segmentos específicos da população – idosos e pessoas com deficiência –, através do fornecimento de uma transferência de renda às parcelas muito pobres desses segmentos. E, mais do que isso, procura reconhecê-los com cidadãos integrais e garantir-lhes esse *status*. Nesse sentido, a avaliação do BPC não pode se restringir à identificação dos benefícios decorrentes da renda que ele transfere.

A pobreza, resultado do padrão de desenvolvimento segmentado e excludente do país, não pode ser relacionada exclusiva e nem prioritariamente a condições de acesso a bens materiais, resultado da partilha desigual da riqueza social. Ela gera e/ou corrobora processos complexos de produção de vulnerabilidades que afetam desde a possibilidade de acesso àqueles bens, até as condições de inserção individual e social dos indivíduos por ela afetados. Ou seja, afeta as condições de sociabilidade, de inserção familiar e de exercício autônomo na vida coletiva, impactando, portanto, na prática cidadã.

Assim, a avaliação deve identificar o alcance do BPC na geração de bem-estar permanente para seus beneficiários, o que supõe a capacidade do benefício de: 1) reduzir as condições de pobreza; 2) ser reconhecido como direito social; 3) criar e/ou estimular possibilidades de redução das condições gerais de vulnerabilidade dos beneficiários; 4) auxiliar na criação de condições para a melhoria da situação de vida futura de seus beneficiários e 5) auxiliar na alteração de condições de auto-exclusão ou não reconhecimento social dos beneficiários.

A conjunção desses dois enfoques na avaliação – o enfoque da gestão do BPC e o enfoque de seus efeitos sobre os beneficiários – baseia-se, portanto, na suposição de que o alcance dos objetivos previstos para o benefício depende concomitantemente de sua capacidade de gerar bem-estar de longo prazo para seus beneficiários e que, para isso, sua concepção, desenho e implementação devem produzir e manter mecanismos de gestão compatíveis.

3 Metodologia

Para atingir os objetivos propostos, definiram-se duas dimensões prioritárias, relacionadas entre si e que foram investigadas tanto entre gestores como entre beneficiários: a dimensão da gestão e a dimensão dos resultados. A dimensão da gestão diz respeito à concepção do benefício e ao processo a ela inerente, tanto no que diz respeito a gargalos e conflitos, como no que diz respeito a inovações. Incluiu aspectos como as etapas e fluxos do processo; as características do processo decisório; a relação entre as diferentes instâncias de gestão e diferentes esferas de governo; a capacitação e aprendizagem organizacional em relação ao processo do benefício; a transparência das decisões; o conceito dos gestores sobre a pobreza, os pobres e os beneficiários; os mecanismos de relacionamento com o beneficiário; o grau de envolvimento/compromisso com os objetivos do benefício e as estratégias da gestão para incorporação das novas diretrizes da assistência social a partir do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A dimensão de resultados diz respeito aos efeitos diretos e indiretos que o benefício tem sobre a população foco do benefício. Abrangeu os aspectos de cobertura, acesso e utilização, como os critérios e mecanismos de elegibilidade do beneficiário; a percepção dos usuários sobre seu acesso ao benefício; a percepção de vinculação do benefício como direitos; a percepção dos motivos de eleição ao benefício; os aspectos referentes ao uso do benefício e o grau de satisfação do usuário. Incluiu também características nem sempre tratadas e que são fundamentais na avaliação, como os efeitos do benefício sobre as condições de vida e sociabilidade dos beneficiários; sua auto-estima e expectativa de futuro e sobre a segurança quanto à continuidade do benefício.

Para atender a essas dimensões, foram entrevistados gestores das secretarias municipais de assistência social e dos principais órgãos responsáveis pelo BPC. Nas agências da Previdência Social foram selecionados o funcionário responsável pela agência, um funcionário de ponta de linha e um médico perito, áreas e funções que representam o contato dos beneficiários com o órgão concessor.

Para acompanhar as ações e possíveis especificidades do BPC nos municípios, decidiu-se por buscar os Conselhos Municipais de Assistência Social e o Colegiado

Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS). Também no âmbito do controle social, foram incluídos representantes do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE).

Os beneficiários foram selecionados entre idosos e pessoas com deficiência (PCDs, divididos entre pessoas com deficiência física e mental) nos municípios e agências às quais se vinculam, respeitando o critério de pelo menos três anos de vinculação ao benefício e ao menos uma revisão obrigatória. O critério foi adotado tanto pela necessidade de um tempo razoável no benefício – para que seus efeitos pudessem ser avaliados – como, no caso da revisão, pela maior facilidade de localização dos beneficiários, já que esse foi o maior problema identificado nos processos de revisão até aqui. Também foram investigados usuários que tiveram sua concessão negada, com o objetivo de identificar possíveis efeitos da ausência e negação do benefício. Esses beneficiários foram selecionados entre aqueles que tiveram seu pedido negado por auferirem renda entre 25% e 50% do salário mínimo. O critério de renda se justifica, porque representa o maior número de negativas. E o teto de meio salário, porque representa um valor ainda muito baixo de renda e seus requerentes apresentariam, muito possivelmente, condições sociais bastante precárias.

Foi selecionada amostra representativa dos municípios da Região Sudeste (apresentada a seguir), tomando-se por base a relação entre o volume de concessão de benefícios e a população elegível (número de idosos e pessoas com deficiência com renda inferior a 25% do salário mínimo *per capita*/mês). A escolha dessa Região justifica-se pela maior presença absoluta de beneficiários; a maior estrutura de gestão e por concentrar boa parte dos problemas e expectativas de efeito do benefício sobre os indivíduos. A partir dos municípios, a amostra selecionou as agências e os beneficiários.

Para a coleta de dados, foram usados diferentes técnicas e instrumentos, dependendo do segmento investigado. Para os gestores da esfera federal e entidades nacionais foram usadas entrevistas abertas a partir de roteiro. Para os segmentos selecionados a partir da amostra (beneficiários, usuários não atendidos, gestores do INSS, secretarias e conselhos de assistência social), foram elaborados

questionários com perguntas abertas e fechadas contendo tanto questões comuns como específicas a cada um dos segmentos.

3.1 Amostragem

A investigação adotou técnicas da pesquisa qualitativa, em especial entrevista em profundidade, combinada com métodos usuais das investigações quantitativas, em particular o uso de amostragem probabilística. Para viabilizar a interligação da informação coletada, decidiu-se que a unidade primária de amostragem seria o município. Nos municípios selecionados, seriam selecionados os agentes envolvidos na proteção social à população alvo do BPC (representantes das secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social ou equivalente) e as Agências da Previdência Social (APS).

Nas APS foram selecionados: 1) os gestores e agentes envolvidos na concessão do BPC (responsável pela APS, médico perito, técnico administrativo e gerente da gerência executiva responsável pela APS selecionada); 2) famílias com pelo menos um beneficiário por categoria de benefício (PCDM⁷, PCDF⁸ e Idoso) e 3) famílias com usuários não atendidos em função do limite legal de renda.

Neste sentido, a população alvo da pesquisa é composta por diversos segmentos da macrorregião Sudeste, descritos no quadro a seguir.

Segmento	População-alvo
Beneficiários	Usuários do BPC com mais de 3 anos de concessão do benefício e que passaram por pelo menos uma avaliação nos últimos três anos.
Usuários não atendidos	Aqueles que requereram o benefício nos últimos 3 anos e que não tiveram o benefício concedido devido ao critério de renda estabelecido na legislação, com renda familiar <i>per capita</i> entre 25 e 50% do salário mínimo.
Gestores da Proteção Social	Membros dos conselhos municipais e das secretarias municipais responsáveis pela proteção social.
Agentes de Gestão e Concessão do benefício	Chefes das gerências executivas, responsáveis das APS, médicos peritos e técnicos administrativos.

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

7 PCDM: Pessoa com Deficiência Mental

8 PCDF: Pessoa com Deficiência Física

No entanto, a população alvo nem sempre é atingida por limitações operacionais dos cadastros utilizados na seleção das amostras, limitando a inferência à população de pesquisa, ou seja, ao conjunto de unidades da população alvo que constam do cadastro de seleção. Para os dois primeiros segmentos da população alvo, indicados no quadro anterior, os cadastros mantidos pela DATAPREV/MDS foram usados, enquanto para os demais segmentos as unidades foram selecionadas durante a etapa de coleta dos dados.

Como mencionado, a amostra foi conglomerada por municípios e APS, ambos selecionados com probabilidade proporcional ao seu tamanho, definido como o número de beneficiários do cadastro de seleção. Por razões operacionais e de custo, o tamanho da amostra foi prefixado em 60 municípios (dos 341 municípios com APS e beneficiários) e a 100 APS (nos 60 municípios selecionados).

Uma vez selecionados (ou incluídos com certeza na amostra) os 60 municípios e as 100 APS que comporiam a amostra, selecionaram-se os beneficiários e os usuários não-atendidos, dentre os que figuravam nos respectivos cadastros, com equi-probabilidade.

Os chefes de APS e gerentes de gerências executivas foram selecionados em função da APS amostrada. Para médicos peritos e técnicos administrativos, a instrução foi listar os existentes em cada APS e selecionar, a partir de uma seqüência de números de ordem previamente preparada, o médico ou técnico que devia ser entrevistado para seleção no momento da coleta. No caso dos membros de conselhos municipais de assistência e das secretarias municipais responsáveis pela assistência social, foi escolhido o principal responsável ou outro membro.

Os métodos indicados acima resultaram no tamanho previsto para a amostra indicado no Quadro 1. No entanto, em função de diversos motivos inerentes ao trabalho de coleta de dados, em particular a dificuldade de encontrar os beneficiários e usuários não-atendidos nos endereços constantes no cadastro de seleção e a recusa de outras unidades (algumas disfarçadas pela falta de tempo ou pela necessidade de autorização superior ou de ofício etc.), o tamanho efetivo da amostra foi menor do que o previsto, como indicado no Quadro 1.

Quadro 1: Tamanho da população e tamanhos previsto e efetivo da amostra

Tipos de unidades informantes	Tamanho da população	Tamanho na amostra		
		Prevista	Efetiva	
			Nº absoluto	% do previsto
Beneficiários	92.092	300	294	98,0
Pessoa com deficiência mental	19.662	100	107	107,0
Pessoa com deficiência física	22.291	100	83	83,0
Pessoa Idosa	50.139	100	104	104,0
Usuários não-atendidos por critério de renda	41.781	100	97	97,0
Chefes de APS	398	100	100	100,0
Médicos peritos	n.d.*	100	99	99,0
Técnicos administrativos	n.d.*	100	94	94,0
Gerentes de gerência executivas	49	49	30	61,2
Membros de conselho municipal	n.d.*	60	60	100,0
Membros de secretaria municipal	n.d.*	60	60	100,0

* n.d. significa valor não determinado

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

Os pesos naturais do desenho foram calculados pelo inverso da probabilidade de inclusão de cada unidade, tendo em vista que a seleção nos vários estágios da amostra (municípios, APS e unidade de informação) foi feita com probabilidades conhecidas *a priori* ou calculáveis com as informações obtidas durante a coleta, como no caso do número de peritos e de servidores das APS selecionadas.

Para obter as 294 entrevistas com beneficiários, 925 endereços foram visitados, sendo observadas 631 não-respostas, pouco mais de duas não-respostas para cada entrevista realizada, como indicado no Quadro 2. No caso de usuários não-atendidos pelo critério de renda, foram visitados 279 endereços para obter 97 entrevistas realizadas, pouco menos de duas visitas para uma entrevista bem sucedida.

Quadro 2: Total de endereços visitados por tipo de unidade, segundo os resultados das visitas

Resultados das visitas	Total	Beneficiários	Usuários não-atendidos
Total	1.204	925	279
Entrevista realizada	391	294	97
Não-entrevistas	813	631	182
Pessoa não localizada	210	158	52
Pessoa desconhecida no local	119	97	22
Pessoa mudou-se	170	132	38
Pessoa faleceu	24	22	2
Endereço duplicado no cadastro	2	2	-
Endereço do banco de recebimento	1	1	-
Endereço do local de trabalho	3	3	-
Endereço de outra pessoa (advogado)	1	1	-
Endereço inexistente	80	61	19
Endereço incompleto, insuficiente, com dados faltantes	99	75	24
Pessoa ausente temporariamente (viagem, hospitalização etc.)	87	66	21
Pessoa recusou-se a prestar informações	17	13	4

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

As não-respostas conduziram à necessidade de introduzir uma correção nos pesos naturais do desenho, por meio de calibração dos pesos para recuperar os totais populacionais conhecidos, por razão entre o total populacional conhecido para cada estrato de seleção e o valor da estimativa obtida com o uso do peso natural do desenho para cada estrato. No entanto, técnicos administrativos e médicos peritos das APS, cujos totais populacionais para os estratos de seleção do Sudeste não eram conhecidos à época da seleção da amostra, não tiveram calibração no peso amostral.

Calibrados os pesos naturais do desenho, eles foram gravados nos registros de dados das diferentes unidades de informação da pesquisa para permitir a obtenção das estimativas da parte quantitativa da pesquisa.

4 Os Beneficiários do BPC: Perfil, Acesso ao Benefício, Controle Social, Capital Social e Proteção Social

4.1 Perfil dos Beneficiários

No desenvolvimento da pesquisa buscou-se conhecer melhor a população beneficiária do BPC. Em relação ao local de moradia observou-se a predominância de beneficiários das zonas urbanas: 93,2% contra apenas 6,8% de beneficiários das zonas rurais. Esse dado é consistente com as características de agrupamento populacional por zona dos estados pesquisados⁹, mas também pode estar indicando a existência de problemas relativos à difusão de informação sobre o BPC e a fragilidade da presença institucional do INSS no meio rural. Seja na zona rural ou na zona urbana, verifica-se que a quase totalidade dos beneficiários (96,3%) mora em domicílios, sendo a moradia em instituições – abrigos para crianças, adolescentes e idosos, por exemplo – residual.

Dos que moram em domicílio, verifica-se que 88,4% não têm gastos com habitação. Destes, 69,3% moram em imóvel próprio, indicando que, apesar da situação de pobreza, os beneficiários ou os que cuidam deles possuem um patrimônio importante para evitar um nível de vulnerabilidade maior do que aquele em que já se encontram. Cabe também destacar que 17,3% dos beneficiários moram em habitações cedidas, o que reforça a hipótese de que as suas condições de vida estão em alguma medida associadas à capacidade de mobilização dos recursos das suas redes sociais. A qualidade dessas habitações é, em pelo menos uma dimensão, satisfatória: 99,4% são de alvenaria; 0,6% de madeira e nenhuma de adobe. Contudo, há que se ter cuidado com o significado desses números uma vez que os relatos do trabalho de campo falam de muitas habitações, mesmo as de alvenaria, em péssimo estado de conservação e habitabilidade.

No que diz respeito ao sexo, verifica-se uma maior proporção de mulheres entre os beneficiários: 52,7% contra 47,3% de homens, muito pouco discrepando

⁹ Segundo o IBGE, na Região Sudeste, 90,5% da população reside na zona urbana e 9,5% na zona rural.

da presença relativa de homens e mulheres na população em geral¹⁰. Esse equilíbrio, contudo, é bastante variável entre os três estratos pesquisados. Entre os idosos, as mulheres são maioria (mas bem acima da média da presença feminina na população geral), possivelmente refletindo a maior longevidade feminina já apontada em diferentes estudos. Entre as PCDs físicas e mentais, os homens são maioria, embora a diferença da distribuição por sexo aqui e na população em geral seja mais discreta.

No que toca à raça, observam-se diferenças significativas entre os três segmentos. Entre os idosos, os brancos estão em maior número: 55,8% contra 42,3% de negros¹¹, refletindo possivelmente a maior longevidade deles em relação aos outros grupos raciais. Já entre as PCDs físicas verifica-se um equilíbrio entre brancos (49,4%) e negros (50,6%) e entre as PCDs mentais verifica-se uma maior proporção de negros. De acordo com o IBGE, brancos e negros, na Região Sudeste, correspondem a 62,35% e 36,06% da população, respectivamente. Assim, é possível concluir que negros estão sobre-representados entre os três segmentos de beneficiários. Considerando-se que os beneficiários são extremamente pobres, ficam aqui confirmados os achados de diferentes estudos relativos à grande negritude da pobreza brasileira.

Na análise do estado civil dos beneficiários, verificou-se a predominância de solteiros (62,9%) e viúvos (20,1%), destacando que a maioria dos idosos (54%) é viúva e a maioria das pessoas com deficiência (88%) é solteira. Partindo-se da hipótese de que a conjugalidade pode ser um fator positivo na vida de populações extremamente pobres, parece que o estado civil do conjunto dos beneficiários é mais um elemento a compor o seu quadro de desproteção social.

Já em relação à escolaridade da população beneficiária constatou-se que a maioria (54,4%) não tem sequer um ano de estudo. Um grupo intermediário em termos de escolaridade é o dos que têm de 4 a 7 anos (18,4%) de instrução. Tal escolaridade, compatível com a média de anos de estudo dos brasileiros, possivelmente perde muito da sua funcionalidade na medida em que está

10 De acordo com o IBGE, a população da Região Sudeste é composta de 51% de mulheres e 48,9% de homens.

11 Neste texto, seguindo critérios defendidos por boa parte da literatura sobre relações raciais no Brasil, o vocábulo “negros” compreende a junção de pretos e pardos.

agregada a uma série de outros *handicaps* que impedem uma maior inclusão social dos beneficiários.

No que diz respeito à história profissional dos beneficiários, devem ser salientadas as diferenças entre os três estratos, já que 85% das PCDs mentais e 69,9% das PCDs físicas nunca trabalharam enquanto a maioria dos idosos (75%) já trabalhou e não trabalha mais. As diferenças entre essas frequências podem ser creditadas ao momento do ciclo de vida no qual a impossibilidade de trabalhar se deu: enquanto boa parte das PCDs podem estar nesse estado desde o nascimento, para os idosos possivelmente a incapacidade foi fruto do envelhecimento. Dos 41,2% dos beneficiários que já trabalharam ou ainda trabalham, mais da metade o fizeram na condição de “empregado”, sendo plausível supor que, em função da escolaridade, isso se deu em atividades de baixa remuneração e condições laborativas inadequadas. Uma compreensão mais exata dos modos como a população beneficiária se inseriu no mundo do trabalho pode ser obtida quando se observa a sua inserção no sistema previdenciário. Os dados disponíveis mostram que apenas 19,7% deles contribuíram em algum momento para a previdência social, reforçando a percepção de que a sua inserção no mercado de trabalho é/foi predominantemente precária do ponto de vista tanto das condições de exercício laborativo quanto das relações trabalhistas.

Um outro componente do perfil dos beneficiários é o ter um representante legal. Destaque-se o fato de que apenas 26,9% dos idosos o têm contra 67,5% das PCDs físicas e 90,7% das PCDs mentais, e que estes, em sua maioria, são tutores seguidos de procuradores e curadores. Como era de se esperar, os familiares constituem a quase totalidade dos representantes legais (92,3%), o que reafirma a importância do papel da família no estabelecimento de vínculos entre os beneficiários e o mundo público. Como veremos a seguir, tal papel será crucial nos esforços dos beneficiários em acessar o BPC.

4.2 Acesso ao Benefício

O acesso aos programas sociais no Brasil ainda é bastante complexo. Além das questões relativas à elegibilidade e à focalização, contribuem para tal

complexidade a quantidade e qualidade da informação disponibilizada para os segmentos aos quais os programas se destinam. No caso dos beneficiários do BPC aqui estudados, as limitações da difusão de informação só foram superadas, em grande medida, pela contribuição de familiares (36,2%), vizinhos (4,8%) e amigos (6,3%). Os órgãos públicos também foram importantes nesse processo, já que 14,2% obtiveram essa informação junto ao INSS ou a outras agências governamentais. Merece ainda destaque o papel da imprensa, refletindo o seu envolvimento na difusão de direitos sociais ou ainda o seu uso por organismos governamentais como instrumento de divulgação de programas sócio-assistenciais. Uma situação diferenciada se dá em relação às associações comunitárias e aos conselhos, que parecem ter um papel secundário na difusão da informação sobre o BPC, algo confirmado nas entrevistas realizadas com os gestores e representantes da sociedade civil ligados ao benefício.

Uma vez de posse da informação da existência do BPC, contrariamente à nossa percepção inicial, somente um pequeno número de entrevistados (13,6%) reportou dificuldades, seja para dar entrada no pedido, seja para acompanhar o processo. Chama a atenção nessa discussão o pequeno número de respondentes (3,0%) que afirmaram ter tido problemas com a marcação da perícia médica, pois os problemas da estrutura pericial do INSS têm sido apontados como um dos grandes entraves ao processo de concessão.

Assim como em relação ao acesso à informação, a superação dos problemas enfrentados se deu, em grande parte, em função do apoio dos familiares, amigos e vizinhos. Neste caso, contudo, verifica-se também um aumento significativo do apoio prestado pelos agentes do serviço público (24,8%) à população que busca o benefício. Tal aumento pode ser reflexo da maior participação das APS no processo de concessão do benefício ou das dificuldades que gradativamente vão surgindo para os beneficiários e sua rede primária de suplantar sozinhos os empecilhos burocráticos associados ao benefício em função de diferentes limitações, inclusive intelectivas. Esse fenômeno sugere a importância da reflexão sobre os limites existentes no papel das redes primárias no apoio aos beneficiários ao mesmo tempo em que indica a necessidade de fortalecimento do papel do serviço público – o INSS, no caso – nesse processo. Também merece ser destacada aqui a existência de beneficiários que não contaram com nenhuma ajuda, o que

pode expressar tanto sua autonomia quanto, inversamente, o seu total desamparo em um momento crítico do esforço de acessar o benefício.

Buscou-se também investigar junto aos beneficiários como, após todas as etapas envolvidas no esforço de acessar o benefício (a tomada de conhecimento da sua existência, o requerimento inicial, o acompanhamento do processo, o tempo de espera do resultado e o recebimento do benefício) e considerando as dificuldades enfrentadas para tanto, eles avaliavam o atendimento prestado pelas agências do INSS. De acordo com 17,3% dos beneficiários, o atendimento prestado foi de excelente qualidade, enquanto 60,9% deles o consideraram como sendo de boa qualidade – o que contraria percepções correntes sobre a existência de um padrão dual de tratamento dos segurados da previdência e dos beneficiários do BPC, no qual aos beneficiários seria destinado um atendimento rude e de baixa qualidade, contra 8,2% e 2,7% dos que o consideram regular ou ruim respectivamente.

4.3 Utilização dos Recursos

Narrativas sobre a apropriação indevida de recursos previdenciários e assistenciais destinados a idosos e PCDs são bastante freqüentes. Buscando verificar a existência desse fenômeno junto aos beneficiários do BPC, foi perguntado a eles quem efetua o saque do benefício. Os próprios beneficiários constituem 32,3% dos que recebem, percentual que não pode ser considerado pequeno quando se leva em consideração as limitações de saúde da maioria deles e o grande número de crianças e adolescentes no estudo, principalmente entre as PCDs mentais. Além dos próprios beneficiários e dos representantes legais, o benefício é recebido por 8,2% de pessoas classificadas na categoria “outros”. Esse número não pode ser considerado alto, mas indica a existência de mecanismos não formais de recebimento, os quais podem ser um indicativo de fraudes e desvios. Contudo, quando se examina quem são esses “outros”, percebe-se que eles se localizam, em sua maioria, dentro da esfera familiar, o que talvez minimize a incidência de apropriações indevidas¹².

12 Vale destacar a posição privilegiada dos idosos nessa discussão, já que 62,5% recebem o benefício diretamente, diferença que pode ser explicada pelas maiores limitações físicas das PCDs.

Vale salientar que não existe relação direta entre quem recebe e quem decide sobre o gasto, pois o percentual de beneficiários que recebe, nos três segmentos, é sempre menor do que o percentual dos beneficiários que decidem como utilizar os recursos, o que nos parece um fenômeno positivo à medida que a ajuda prestada aos beneficiários para o recebimento não implica a limitação do seu direito de escolha. Deste modo, não é surpreendente que 97,3% dos respondentes considere que a forma como o BPC é gasto seja apropriada, o que revela mais uma importante área de satisfação com benefício por parte deles.

O alto grau de concordância com a propriedade da forma como são gastos os recursos do BPC pode ser mais bem entendido quando se pensa nos itens de consumo mais referidos pelos entrevistados. Considerando-se as condições físicas e mentais das PCDs e a tendência de que os idosos beneficiários já estejam acometidos de várias enfermidades, fica clara a razão pela qual os gastos com saúde são um dos mais referidos (82,0%). Raciocínio análogo pode ser aplicado quando se observa a posição ocupada pelo item alimentação, o mais referido pelos respondentes (85,7%). Contudo, é necessário indagar em que medida esses dados sugerem um alto grau de segregação doméstica e inibe que eles interajam com parentes ou freqüentem grupos sociais localizados em outros bairros, uma vez que os gastos com transporte, por exemplo, são muito baixos.

Tendo em vista as considerações sobre a propriedade e tipo do gasto, não é surpreendente que cerca de 83,7% dos respondentes tenha afirmado que o BPC melhorou a sua qualidade de vida e aumentou a sua auto-estima. A percepção sobre a melhoria geral na qualidade de vida reflete possivelmente a aquisição de bens materiais e os ganhos subjetivos associados à possibilidade de contribuir financeiramente para ajudar na manutenção do núcleo familiar e de outros parentes. Estudos posteriores poderão aprofundar essa afirmação. Mas não é implausível a hipótese de que o bem estar dos beneficiários aumente na medida que se sintam mais úteis e que, em contribuindo para a manutenção doméstica, possam também se sentir mais autorizados a demandar uma maior atenção às suas necessidades. É importante perguntar em que medida esse empoderamento contribui para um melhor relacionamento dos beneficiários com o seu entorno social e com a sociedade como um todo. Na próxima seção tentamos avançar nesta

discussão a partir da análise das queixas por eles apresentadas e da forma como eles interagem com as instâncias de controle social.

4.4 Queixas e Relacionamento com as Instâncias de Controle Social

O exercício do controle social é considerado hoje um componente fundamental para o bom desempenho de políticas sociais ao mesmo tempo em que pode ser considerado um indicador importante, de um lado, do grau de democratização da sua gestão e, de outro lado, de exercício de cidadania dos seus beneficiários diretos e dos seus representantes. Pensando nessa discussão foi feito um conjunto de perguntas aos respondentes sobre as suas queixas em relação ao BPC; ao modo como tais queixas foram encaminhadas por eles e recebidas pelos órgãos envolvidos com benefício; e sobre o conhecimento deles a respeito da existência e papel dos conselhos na implementação do benefício.

Um primeiro dado relevante sobre isso é o fato de que apenas um percentual muito baixo dos respondentes (6,5%) já teve queixas em relação ao BPC. Uma vez tendo identificado a suposta violação do seu direito, eles identificaram e dirigiram-se às instâncias que julgavam capazes de produzir a restituição, majoritariamente (3,8%) alguma das gerências ou à ouvidoria do INSS. Esse dado certamente deriva da história de relacionamento deles com este instituto – que como vimos não é necessariamente ruim –, assim como do fato de que os órgãos assistenciais ainda têm participação pouco expressiva na implementação do benefício, o que explica porque somente 0,3% dos entrevistados com queixa buscaram uma secretaria municipal ou órgão equivalente. Chama a atenção o dado que as instituições mais próximas aos beneficiários (associação comunitária, políticos locais, conselhos etc.) são justamente aquelas as quais eles menos procuram ou não procuram de forma alguma para demandar. Isso não pode servir para sugerir a falência do suposto papel das organizações e agentes locais na vida das pessoas, mas indica que um desempenho mais pleno do seu papel no âmbito do benefício ainda está por ser alcançado.

Do total das queixas apresentadas pelos beneficiários do BPC, 81,8% foram atendidas – 63,6% completamente e 18,2% parcialmente. Já em relação ao atendimento recebido pelos beneficiários quando da apresentação da queixa, verifica-se uma forte tendência a um alto grau de satisfação em relação a ele, uma vez que a maioria dos beneficiários (63,6%) consideram tal atendimento excelente (9,1%) ou bom (54,5%). Esses dados servem mais uma vez para questionar as recorrentes afirmações sobre o mau atendimento prestado nas agências do INSS, local para onde quase todas as queixas são dirigidas.

Um outro elemento considerado importante na análise da questão do controle social diz respeito aos modos como os beneficiários percebem a existência, legitimidade e intervenção dos conselhos.

Os conselhos constituem um agente importante no controle das diversas políticas sociais. A partir da década de 1990 eles, em diferentes áreas como a saúde, educação, infância e adolescência etc., se espalharam pelos estados da federação. Apesar da forma otimista como foram inicialmente recebidos, muitos não conseguem, até hoje, desempenhar as funções que justificaram a sua criação. Razões para esse processo são várias, incluindo, dentre outras, aparelhamento político e limitações pessoais dos conselheiros. Além disso, as dificuldades dos conselhos, em um país com as características educacionais e extensão geográfica como o nosso, parece restringir bastante a sua relação com a população. Essa limitação pode chegar a ponto do desconhecimento da sua própria existência. É o que parece se dar com os beneficiários do BPC. Os dados coletados evidenciaram um grau muito baixo de conhecimento por parte dos respondentes sobre a existência dos conselhos que, em tese, representam a população pesquisada – o de assistência, o de idosos e o de PCDs –, uma vez que apenas 16,3% conhecem os conselhos municipais de assistência, 15,3% conhecem o conselho de PCDs e somente 6,7% conhecem o conselho de idosos. Dentre os que conhecem, verifica-se um alto grau de desinformação sobre o nível de participação desses conselhos nas questões afetas ao BPC, destacando-se que 57,14% e 31,3% nada sabem sobre envolvimento do conselho de idosos e de assistência em tais questões, respectivamente. Tudo isso é compatível com outros dados da pesquisa que mostram que os conselhos não constituem uma referência importante para os beneficiários em termos de informação sobre e de apoio durante o esforço de acessar o BPC.

4.5 Capital Social: Engajamento Cívico e Autonomia

A participação em grupos comunitários, sindicatos e partidos políticos tem sido considerada um indicador importante de coesão social e democracia. Considerando-se as características dos beneficiários do BPC e as tendências gerais da sociedade brasileira, não eram esperados níveis muito altos de participação, o que foi confirmado pela pesquisa. No caso das associações comunitárias, verificou-se que 23,1% dos entrevistados já participaram delas e, destes, a maioria participou de associações religiosas.

O tempo de participação nessas associações é um outro aspecto importante para entendermos as formas de engajamento cívico dos beneficiários. Dentre aqueles que participam, 70,6% deles o fazem há mais de 2 anos, o que se pode considerar como um engajamento estável.

No que diz respeito aos sindicatos e partidos políticos, verificou-se um nível ainda menor de participação. Assim como em relação às associações comunitárias, a maioria dos que participam ou participaram o fazem/fizeram por mais de dois anos, sendo esta, contudo, em sua maioria, esporádica.

Na busca da relação de incentivo da participação social e o BPC, perguntamos aos entrevistados em que medida este benefício contribuiu para uma maior participação nas associações comunitárias, sindicatos e partidos. Dentre os beneficiários, 53,1% não sabem avaliar essa contribuição e somente 7,5% acham que contribuíram para a participação em associações comunitárias, com resultados semelhantes encontrados para a participação em sindicatos e partidos. Esse dado é consistente com outras informações obtidas na pesquisa, as quais mostram que o BPC tem um papel inexpressivo na ampliação das possibilidades dos beneficiários em participar de atividades sociais (2,3%) e em conselhos e associações comunitárias (0,0 %).

Outro aspecto relevante se refere a como o BPC afetou positivamente a capacidade dos beneficiários em tomarem decisões no dia a dia. Esse é um dos dados mais importantes da análise do benefício, pois revela se, além de suprir necessidades materiais, o BPC tem sido capaz de incidir sobre o desejado aumento da autonomia das pessoas. Os dados sobre isso são estimulantes: 80,5% dos

respondentes aludem a um aumento de tal capacidade; 13,8% referem à ausência de modificações e 5,7% afirmam não saber.

A análise feita sobre o papel do BPC na produção de capital social indica um baixo impacto dele na geração de um padrão de vida mais gregário, ao mesmo tempo em que sugere um alto impacto na produção de autonomização dos beneficiários.

4.6 Proteção Social

O sistema de proteção social público brasileiro desenvolveu-se significativamente nas duas últimas décadas, expandindo-se em sua estrutura e na diversificação de seus serviços. Além disso, cabe dizer que não são desprezíveis os recursos financeiros aí alocados. Ao mesmo tempo, muito das práticas de proteção social são desenvolvidas fora das instituições públicas, particularmente por organizações comunitárias, organizações não-governamentais etc. O acesso a tal proteção, contudo, não pode de forma alguma ser tomado como algo líquido e certo. Como veremos a seguir, ser bem atendido nesses serviços, públicos ou privados, envolve algumas etapas. A primeira delas é o próprio conhecimento da existência deles.

Em relação às organizações comunitárias, verifica-se que somente 33% dos entrevistados reconhecem a presença delas em seus locais de moradia, contra 67% daqueles que negam ou não sabem de tal existência. Entre as associações cuja existência é reconhecida, novamente as de caráter religioso são as mais referidas, confirmando o que já dissemos anteriormente sobre o papel delas no sistema de proteção social brasileiro. É também digno de nota o fato das associações de moradores figurarem em segundo lugar entre as associações de ajuda (10,3%), tendo em vista o caráter mais político reivindicatório que geralmente se atribui a elas. Esse caráter não fica aqui infirmado, podendo-se, contudo, dizer que a mistura entre o político e o assistencial é uma realidade no entorno social de idosos e PCDs.

A percepção da existência das organizações comunitárias por parte dos respondentes não significa que elas tenham um papel significativo nas

vidas dos beneficiários. Dos 33% que se referiram à existência delas, somente 52,6% responderam afirmativamente quando perguntados se as freqüentam ou freqüentaram. Destes que freqüentam, 68,6% recebem algum tipo de ajuda, e dos que recebem, 43% são PCDs mentais, 37% PCDs físicas e 20% idosos. Ainda sobre a ajuda comunitária, vale destacar um dado alentador: 71,4% dos respondentes consideram a ajuda recebida excelente ou boa contra apenas 28,6% que a consideram regular ou ruim. Todavia, esse dado não se presta a maiores generalizações sobre a qualidade da ajuda prestada por essas organizações, pois temos aqui um número muito pequeno de pessoas que são ajudadas, indicando a existência de um processo de exclusão da ajuda comunitária ao da trajetória que vai da tomada de conhecimento da existência das associações até o efetivo recebimento de algum tipo de apoio.

Já no que diz respeito aos serviços públicos existentes na comunidade, verifica-se que 49,3% dos beneficiários não os utilizam, o que pode ser considerado uma taxa alta. A existência de prováveis barreiras à utilização desses serviços merece aprofundamento em pelo menos duas direções: de um lado, no que toca à quantidade da oferta a qual, por si mesma, pode ser insuficiente para atender beneficiários e não beneficiários do BPC; de outro, é necessário aprofundar as investigações sobre os fatores culturais e eventuais práticas discriminatórias que podem estar presidindo essa situação.

Dos serviços utilizados, aqueles relacionados à saúde são os mais referidos, o que possivelmente reflete tanto as maiores necessidades dos idosos e PCDs como a maior presença de tais serviços nas comunidades. As escolas ocupam o segundo lugar, indicando algum grau de abertura da rede educacional para o atendimento dessa população, mas ainda de forma muito incipiente, haja vista a média de anos de estudos dos beneficiários idosos e PCDs. Quanto à qualidade do atendimento e tomando-se o exemplo dos serviços de saúde, observa-se que os beneficiários tendem a estar mais satisfeitos do que insatisfeitos com o atendimento recebido. Apesar desse dado, certamente alentador, é bom lembrar mais uma vez que apenas um número muito reduzido de beneficiários foi capaz de expressar sua opinião sobre a qualidade do atendimento, uma vez que a maioria deles não conseguiu, por razões diversas, ser alçado à condição de usuário. Igualmente, cabe sublinhar

que o percentual de beneficiários insatisfeitos não é desprezível, o que aponta para a existência de um amplo espaço de aperfeiçoamento dos serviços oferecidos no que diz respeito ao acesso e à qualidade.

Dentro desse quadro limitado de proteção social comunitária e pública, a família desempenha um papel importante no atendimento das necessidades de 65,6% dos beneficiários. A ajuda recebida é originada de diferentes parentes, mas aqueles que compõem a família nuclear constituem a grande maioria. No que se refere ao tipo de apoio recebido observa-se uma distribuição equilibrada entre diferentes itens. O apoio financeiro (37,8%) é o mais freqüente e, considerando-se a renda *per capita* dos beneficiários, pode-se afirmar que ele atende a uma demanda real e urgente.

Ao mesmo tempo, embora não tenhamos dados sobre a magnitude de tal apoio, é possível sugerir que ele, em face da provável pobreza que também atinge os familiares dos beneficiários, seja bem pequeno. A ajuda para locomoção para tratamento de saúde vem em segundo lugar entre os mais referidos e certamente reflete, de um lado, a necessidade de atenção médica periódica dos beneficiários e, de outro, as limitações de ordem física que o conjunto deles apresenta. Em função dessas mesmas limitações é que, com valores próximos, o “asseio e higiene pessoal”, a realização de “serviços domésticos” e a “resolução de problemas do cotidiano” são também bastante referidos.

O terceiro tipo de apoio mais mencionado é a “companhia”, também compatível com as características gerais da população beneficiária, ajustável aos outros apoios recebidos e consistente com as afirmações da literatura corrente sobre família, notadamente no que toca à idéia de que o apoio emocional – manifesto dentre outras formas na oferta de companhia – é um componente importante da dinâmica familiar em particular e das redes sociais como um todo.

Foi perguntado aos beneficiários se ocorreram mudanças no apoio oferecido pelos familiares após eles terem passado a receber o BPC. Apenas 4,7% deles referiram-se à existência de mudanças contra 93,8% que negaram a sua existência. Esse dado mostra que a ajuda prestada possui um caráter mais permanente e é regido por uma lógica de obrigações que não se rompe em função do ingresso

de recursos financeiros na vida do beneficiário. Ao mesmo tempo, ele pode simplesmente estar sugerindo que as melhorias que o BPC pode gerar na vida dos beneficiários são insuficientes para que eles, geralmente em condições de saúde ruim, possam prescindir de qualquer tipo de ajuda externa.

Os vizinhos também compõem uma parte importante do sistema de proteção social do qual os beneficiários (30,3%) se utilizam, ainda que o apoio que eles oferecem seja menor do que o dos familiares. No que diz respeito ao tipo de apoio recebido, observa-se que a ajuda financeira deixa de ocupar o primeiro lugar, possivelmente em decorrência tanto da própria pobreza desses vizinhos quanto da responsabilidade de apoio financeiro que eles já assumem com os seus próprios familiares. Aqui, antes dela, encontra-se a oferta de “companhia” (33%) seguida do apoio para “locomoção do tratamento de saúde” (18,7%).

A despeito da quantidade, a ajuda recebida de vizinhos e familiares é sem dúvida compatível com aquilo que os beneficiários apontam como as suas necessidades principais. Dentre tais necessidades destacam-se apoio para locomoção (sair à rua, fazer compras, caminhar dentro de casa), gerenciamento da vida cotidiana (tomar banho, alimentar-se, tomar remédios etc.) e companhia.

Ao final da aplicação do questionário, os respondentes puderam relacionar questões que julgavam relevantes a respeito dos problemas que enfrentam no dia a dia. Observou-se uma grande repetição daqueles já aludidos anteriormente. Mais uma vez, uma grande ênfase foi dada às dificuldades que eles passam no cotidiano, notadamente àquelas relacionadas à higiene pessoal, ao uso adequado de medicamentos, ao cumprimento das rotinas domésticas, ao poder vestir-se sozinho etc. Ao mesmo tempo, eles também se referiram em grande quantidade aos problemas associados à locomoção. Neste campo estão incluídos os entraves que enfrentam tanto para dirigirem-se aos serviços de saúde como para transitarem pelos bairros onde moram. Essa impossibilidade de locomoção pode ser a causa de um outro tipo de queixa apresentada: as dificuldades de socialização dos beneficiários que se sentem muito isolados.

Muitos respondentes aludiram a problemas de saúde nas perguntas abertas, embora em número menor do que o esperado. Talvez porque, em alguma

medida, pela longa história de convivência com doenças, muitos deles já os tenham internalizado como parte integrante dos seus cotidianos. O mesmo se pode dizer em relação ao que se poderia chamar de problemas emocionais. Vale salientar o número significativo de referências às situações de discriminação, as quais ocorreram tanto na esfera privada – provocada por familiares – quando na esfera pública – seja por vizinhos, colegas de escola ou motoristas de ônibus. Por fim, cabe destacar a importância das queixas associadas ao fato de que o próprio beneficiário é responsável por cuidar de outra pessoa da família ou à situação na qual o próprio cuidador do beneficiário é ele mesmo portador de problemas sérios de saúde.

Os problemas apontados por eles são consistentes com as propostas que apresentaram em relação à implementação de políticas e programas para as áreas onde residem. A maioria de tais propostas está relacionada com o aperfeiçoamento e criação de serviços públicos, particularmente serviços especializados de educação e saúde para idosos e PCDs. Um outro setor das políticas públicas em relação ao qual os beneficiários fazem sugestões é o de cultura e lazer. Isto está claramente associado ao que afirmamos em outra seção sobre as demandas dos beneficiários por “companhia”. As sugestões apresentadas neste sentido são, por exemplo, pela criação de centros de convivência e de terapia ocupacional.

Como as dificuldades de locomoção foram bastante enfatizadas pelos respondentes, não surpreende que muitos deles tenham feito propostas para o aperfeiçoamento do transporte público, assim como a criação de serviços de transporte hospitalar gratuito. Além disso, foi referida a necessidade de expandir a gratuidade nos transportes públicos para os cuidadores de idosos e PCDs. Também não faltaram sugestões em relação ao próprio BPC. De um lado foram sugeridas mudanças nos critérios de elegibilidade (redução da idade e aumento da renda *per capita*) de modo a se poder incorporar um número maior de beneficiários. Por outro lado, os beneficiários insistiram na necessidade de aumento do valor do benefício e na introdução do 13º salário. Vale também destacar a sugestão de criação de um benefício adicional para os “pais que vivem em função do beneficiário”.

É com pessoas com o perfil e com o tipo de apoio acima detalhados que o sistema previdenciário-assistencial lida diariamente. Que sistema é esse? Quais

os problemas que enfrenta no processo de implementação do BPC? Como os beneficiários são percebidos dentro dele? As seções seguintes se ocupam de tratar dessas e de outras questões.

5 O Processo de Implementação do BPC: Acesso, Relações entre Níveis e Setores Governamentais, Gestão e Operação do Benefício, Controle Social e Percepção sobre o BPC

5.1 Acesso ao Benefício

É sabido que um dos principais problemas dos programas de assistência social no Brasil está no processo de focalização, ora por ser considerado restritivo demais, ora por não atingir os segmentos sociais aos quais esses programas são dirigidos.

Como vimos, no caso do BPC, os critérios de acesso ao benefício têm sido alvo de importantes críticas por parte de estudiosos e profissionais da área de assistência social, sobretudo no que se refere ao baixo valor do corte de renda, que cobriria apenas os estratos sociais em condição de extrema pobreza. A fim de captar a percepção daqueles diretamente envolvidos na gestão, implementação e operação do BPC sobre o assunto, a pesquisa abordou algumas questões relativas aos critérios e mecanismos de seleção do benefício.

Observou-se que todos os segmentos concordam, em sua grande parte, que o corte de renda para concessão do BPC é baixo. Seja entre os agentes previdenciários (responsáveis pelas APS, servidores administrativos, médicos peritos, gerências executivas), seja entre as secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social, o índice dos respondentes que concordaram total ou parcialmente que o valor da renda estipulado pelo BPC é baixo ultrapassou 80%.

Um segundo aspecto a considerar nesta discussão está relacionado à comprovação, no caso das pessoas com deficiência, de sua incapacidade para a vida independente e para o trabalho, por meio de exame médico-pericial no âmbito da Previdência Social. Sobre este processo, duas questões se destacam. A primeira é a dificuldade de definição dos conceitos de deficiência e incapacidade, o que abre espaço para interpretações subjetivas por parte dos médicos peritos, dada a falta de clareza dos critérios para avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

Aqui, os diversos segmentos também apresentaram um elevado grau de concordância em relação à percepção de que os critérios médico-periciais para avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho não são claros (em torno de 50%). Chamam atenção os maiores índices de discordância entre médicos peritos (52%) e o significativo percentual de respondentes, em quase todos os segmentos, que não souberam responder este item (de 10%, entre as GEX – Gerências Executivas do INSS – até 33% entre os servidores administrativos).

Outro ponto presente no debate sobre os critérios médico-periciais refere-se à sua limitação a aspectos clínicos, não considerando a condição social do requerente ao BPC.

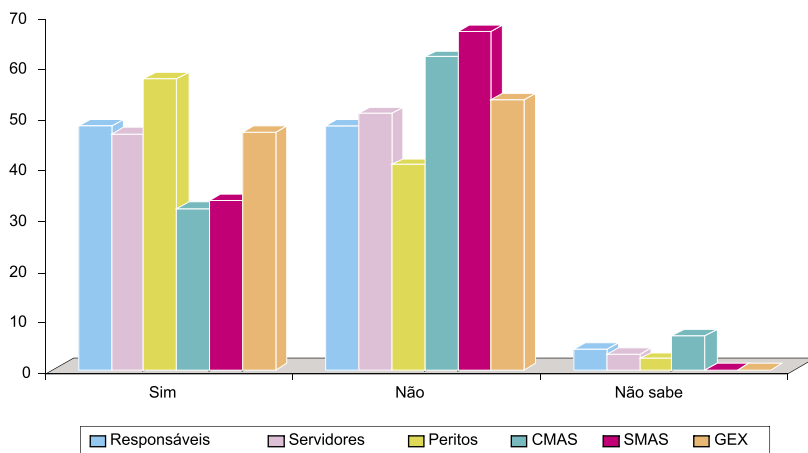
Todos os segmentos envolvidos com a gestão e operacionalização do benefício concordam, em sua maior parte, que a perícia médica não considera a condição social dos requerentes quando faz a avaliação médica (variação de cerca de 60% entre os responsáveis pelas APS a 88% entre as secretarias municipais de assistência social). De novo, aqui chama atenção o expressivo percentual dos que não souberam responder a questão (de 13% das GEX a 30% dos servidores administrativos), o que sugere que os critérios relacionados à avaliação médico-pericial são de domínio quase que exclusivo do médico perito.

Convém realçar o fato de que estas respostas não significam, necessariamente, que os respondentes avaliem que a condição social do requerente não deva ser considerada nas análises para concessão do BPC. Durante o trabalho de campo – e como pode ser percebido em outras questões – foi comum entre os diversos segmentos a noção de que as PCDs possuem uma gama de vulnerabilidades

sociais que precisariam ser levadas em consideração nas análises de seu requerimento. Tampouco se pode dizer que é a perícia médica quem deve assumir a responsabilidade pela avaliação social. O que parece relevante discutir aqui é o fato de que a avaliação da condição social não é considerada nas análises para concessão do benefício.

Ainda em relação ao critério de que somente as pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho devam receber o BPC, é necessário reconhecer que as opiniões dos diversos segmentos sobre este critério foram bastante divididas. Se a maior parte dos respondentes tende a não concordar com este critério, como expresso no Gráfico 1, é significativo o percentual dos que concordam que somente os incapacitados para o trabalho devem receber o benefício.

Gráfico 1: Concordância com o critério de que somente as pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho devam receber o BPC; Região Sudeste, 2006



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

Apesar de essas opiniões expressarem uma tendência predominante de considerar os critérios do BPC restritivos, há uma percepção um tanto quanto generalizada de que ter o benefício deferido é relativamente fácil. Vale destacar que todos os segmentos tendem a avaliar que, para o idoso, ter o benefício deferido é mais fácil do que para as pessoas com deficiência. No caso da concessão do

BPC para os idosos, cerca de 85% dos responsáveis pelas APS consideram que ter o benefício deferido é fácil ou muito fácil, opinião compartilhada por 86% dos servidores administrativos, 80% das GEX e 83% das secretarias municipais de assistência social. O menor percentual de respondentes que consideraram ser fácil ou muito fácil para os idosos terem sem requerimento deferido foi entre os Conselhos Municipais de Assistência Social, com 48%.

Já no caso da concessão do BPC para as pessoas com deficiência (PCD), os percentuais de respostas que consideraram que ter o benefício deferido é fácil ou muito fácil foram consideravelmente menores: 56% entre os responsáveis pelas APS, 46,5% entre os servidores administrativos, 73% entre as GEX, 18% entre as secretarias municipais de assistência social e 20% dos Conselhos Municipais de Assistência Social.

Essa percepção parece ser confirmada, em parte, pelas experiências dos beneficiários da amostra de estudo: a maioria dos respondentes declarou não ter enfrentado nenhuma dificuldade nem para dar entrada no BPC (86,4%) nem para recebê-lo (90,5%). Dentre os que informaram ter tido dificuldades, foram as pessoas com deficiência, sobretudo mental, as que apresentaram maiores dificuldades (cerca de 13% deste segmento).

Outro aspecto chave em termos de acesso ao BPC diz respeito ao cumprimento do prazo legal para concessão do benefício (45 dias). O acesso ao BPC parece ser relativamente simples, podendo, em muitos casos, ser obtido com uma rapidez pouco comum na concessão de benefícios sociais. Na percepção dos agentes previdenciários, o prazo legal é, em geral, bem cumprido. No entanto, as avaliações apontam que esse prazo é melhor cumprido no caso dos idosos (cerca de 90%) do que no das pessoas com deficiência (em média 75%), o que sugere que o trâmite do processo é mais lento no caso das PCD, possivelmente por conta dos procedimentos burocráticos que envolvem a realização da perícia médica.

Nas respostas dos beneficiários, também foi possível identificar que o cumprimento do prazo legal para concessão do BPC é maior entre os idosos: enquanto a maior parte destes referiu ter recebido a resposta dentro do prazo legal, menos da metade das PCDs teve o prazo cumprido (cerca de 54% e 41,6%,

respectivamente). Dentre as pessoas com deficiência, cerca de 15% referiram demora na marcação da perícia médica. Chama atenção, aqui, a existência de um percentual expressivo de beneficiários que informou ter aguardado mais de seis meses pela concessão do BPC (23%), o que indica que esta é ainda uma área que necessita de aperfeiçoamento.

Além dos critérios e mecanismos de elegibilidade, os vários segmentos pesquisados avaliaram outras dificuldades de acesso ao BPC, algumas delas relacionadas à estrutura de apoio para requerer o benefício, outras diretamente vinculadas à acessibilidade das agências do INSS e outras ainda referentes ao trâmite do processo. Todos os segmentos vinculados à gestão e operacionalização do BPC concordaram que a existência de intermediários é um aspecto que dificulta o acesso ao benefício (em média 85% dos respondentes concordam total ou parcialmente).

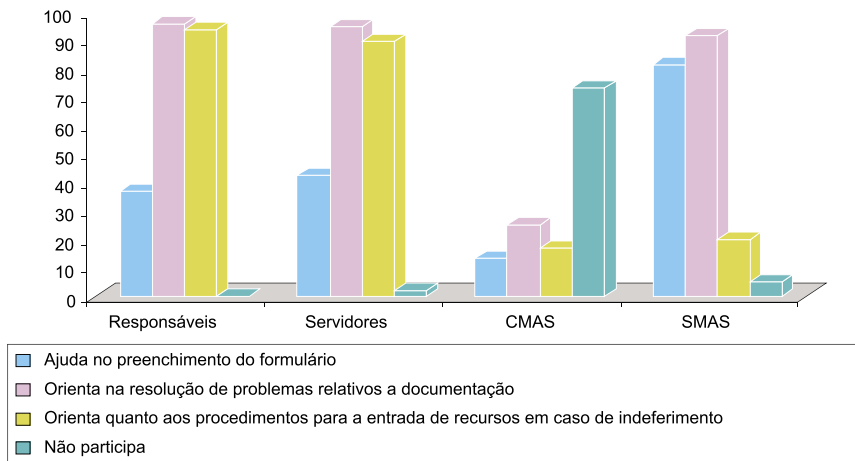
No entanto, esse não parece ser um problema entre os beneficiários, se levarmos em consideração que, como visto anteriormente, são, sobretudo, os familiares, seguidos dos vizinhos e amigos, os que apóiam esses segmentos na entrada do requerimento e no acompanhamento do processo. Também em relação a quem recebe o recurso e quem decide como gastá-lo, as respostas dos beneficiários apontam para uma baixa presença de possíveis atravessadores, haja vista que são eles próprios ou os tutores natos os que recebem o benefício e decide como o recurso será gasto.

A insuficiência de informações disponíveis para os requerentes foi outra dificuldade assinalada com grande frequência por todos os segmentos (cerca de 78% do total de respondentes). Entre os beneficiários que referiram dificuldades para dar entrada no BPC, a pouca informação disponível (incluindo não saber preencher o formulário e se podia pedir o benefício) foi uma dificuldade de acesso significativamente mencionada (86%), mostrando que esse é um aspecto a ser aprimorado na implementação do BPC.

Convém também analisar de que forma as diferentes instituições envolvidas com a gestão e operação do BPC apóiam os potenciais beneficiários no processo de requerimento do benefício.

No âmbito do INSS, na maior parte das agências, são feitas orientações para resolução de problemas relativos à documentação para entrada no benefício e, em menor escala, orientação quanto aos procedimentos para entrada de recursos em caso de indeferimento. Chama atenção o percentual relativamente pequeno de APS que ajudam no preenchimento de formulários. Vale dizer que todas as agências participam, de alguma forma, no processo de requerimento do BPC (Gráfico 2). Cabe lembrar, aqui, como já apresentado anteriormente, que um percentual expressivo de beneficiários e de usuários reportou o apoio recebido de funcionários do INSS no processo de entrada e acompanhamento da concessão do BPC.

Gráfico 2: Forma de participação das instituições no processo de requerimento do BPC; Região Sudeste, 2006



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

Entre os Conselhos Municipais de Assistência Social, chama atenção o elevado percentual dos respondentes que afirmaram que os conselhos não participam do processo de requerimento do BPC. Dos que afirmaram participar, grande parte presta orientações na resolução de problemas de documentação e, em número menor, orienta quanto aos procedimentos para entrada de recursos nos casos de indeferimento. Percentual ainda menor ajuda no preenchimento do formulário de requerimento do BPC. Outro aspecto a ressaltar é o fato, já apontado, de que o percentual de beneficiários que reportaram o apoio dos conselhos foi

nulo. Não deixa de ser preocupante, portanto, que uma instância de controle social que, ao menos em tese, deveria resguardar os direitos dos beneficiários tenha tão baixa participação no apoio aos demandantes do BPC.

Nas secretarias municipais de assistência social, apenas 5% dos respondentes afirmaram que este órgão não participa do processo de requerimento do BPC. Entre os que mencionaram a participação das secretarias municipais de assistência social, quase todos indicaram que as secretarias orientam na resolução de problemas relativos à documentação e, em proporção um pouco menor, ajudam no preenchimento do formulário. No entanto, essa percepção contrasta com a dos agentes previdenciários e com a própria experiência referida pelos beneficiários. De fato, grande parte dos respondentes vinculados ao INSS (68% dos responsáveis pelas APS, 60% dos servidores administrativos e 70% das GEX) concorda total ou parcialmente que o pouco apoio dos órgãos da assistência social constitui uma dificuldade de acesso ao BPC.

Chama atenção, como visto anteriormente, que o possível apoio dos órgãos da assistência social foi referido por um número residual de beneficiários, o que sinaliza para a fragilidade deste mecanismo de apoio ao processo de requerimento do BPC.

5.2 Relações entre Setores Governamentais

O desenho e operação do BPC envolvem uma complexa cadeia de instituições e agentes, incorporando áreas que tradicionalmente operaram conformadas por lógicas organizacionais muito distintas, como é o caso da Previdência Social e da Assistência Social. Há uma percepção bastante difundida de que, exatamente por conta desta tradição, os agentes vinculados ao INSS não aceitariam operar um benefício não contributivo como o BPC, com repercussões na qualidade do atendimento prestado aos beneficiários e no acesso ao benefício. Um tema muito presente na agenda de discussão sobre o BPC na atualidade é sobre quem deve gerir e operacionalizar, de fato, o benefício. Também é recorrente a tendência a considerar que dificuldades de integração entre Previdência Social e Assistência Social se dão em função principalmente da não aceitação do INSS em realizar

trabalhos conjuntos, dado seu histórico isolamento e também por não considerar esta integração como importante e necessária. A pesquisa buscou captar a percepção dos setores envolvidos com o BPC sobre estas questões.

Foi perguntado aos diversos segmentos qual era sua opinião sobre o grau de aceitação do INSS para operacionalizar o BPC. Os segmentos vinculados à Previdência Social tenderam a considerar, em sua maior parte, que este grau é médio ou alto (o índice varia de 67% entre os médicos peritos a 83% entre as GEX). Interessante observar que essa mesma percepção foi expressa por 67% das secretarias municipais de assistência social. Apenas entre os Conselhos Municipais de Assistência Social as opiniões se dividiram entre baixo (35%) e médio (33%).

Embora com graus de aceitação positivos, a operação do BPC poderia ser encarada como um problema pelos agentes previdenciários. No entanto, as opiniões expressas por estes setores foram, em geral, positivas. Os segmentos vinculados às APS informaram, em sua maioria, que a operacionalização do BPC não constitui um problema para as agências (57% dos responsáveis pelas APS, 65% dos servidores administrativos, 71% dos médicos peritos e 67% das gerências executivas), ainda que o percentual de respostas afirmando que é um problema não seja desprezível.

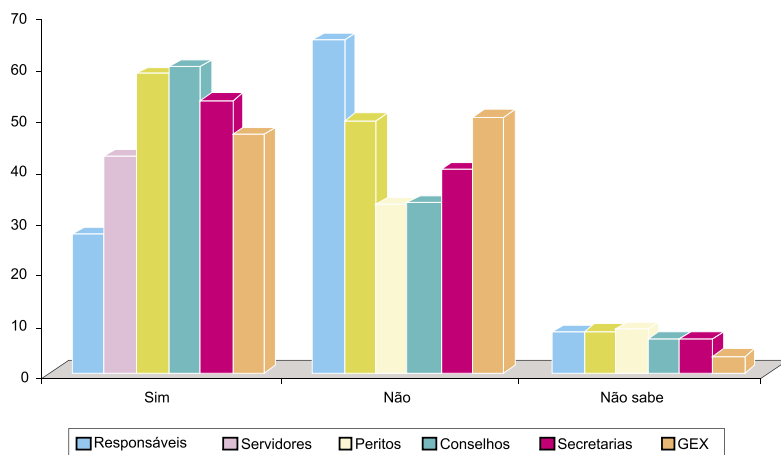
Não obstante essas respostas favoráveis, há um intenso debate se este processo de operacionalização deve continuar ou não sob responsabilidade do INSS. Argumentos favoráveis à saída do BPC do âmbito da Previdência Social indicam que o modelo de operação do BPC, quase que exclusivamente a cargo do INSS, acaba por reforçar, entre a população beneficiária, a noção de que se trata de um benefício previdenciário. Do mesmo modo, supõem a existência, nas agências do INSS, de prioridade e mesmo privilégio dos segurados da Previdência Social, em detrimento dos beneficiários do BPC, com repercussões no acolhimento e tratamento destes últimos. Mesmo entre os setores da Previdência Social, há aqueles que ressaltam que, por ser um benefício assistencial, a operacionalização e gestão do BPC deveria ficar a cargo exclusivo da área de Assistência Social.

Já a favor da continuidade do INSS como responsável pela operacionalização do BPC, pesam os argumentos de que os municípios e as secretarias municipais

de assistência social não dispõem de infra-estrutura adequada para assumir esta tarefa, ao mesmo tempo em que o INSS dispõe de capacidade técnico-gerencial e operativa para sua execução. Algumas opiniões também indicam que as secretarias municipais de assistência social são bastante sujeitas a interesses partidários e clientelísticos e apostam que interferências desta natureza são menos prováveis no âmbito do INSS.

Na amostra do estudo, as opiniões ficaram bastante divididas. Peritos, conselhos e secretarias municipais de assistência social indicaram, em sua maioria, que o INSS deve continuar responsável pela operacionalização do BPC, enquanto a maior parte dos responsáveis pelas APS, servidores administrativos e gerências executivas não concordam que o INSS permaneça responsável pela operação do BPC (Gráfico 3). Interessante notar, portanto, que são os segmentos vinculados ao INSS, exceto os peritos, aqueles que mais expressam a opinião de que o BPC deva sair do âmbito da Previdência Social, enquanto os segmentos vinculados à Assistência Social são favoráveis à permanência da operacionalização do BPC pelo INSS.

Gráfico 3: Opinião sobre a continuidade do INSS como responsável pela operacionalização do BPC; Região sudeste, 2006.



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

É preciso considerar que, desde a implantação do BPC, em 1996, a área da Assistência Social nunca assumiu de forma efetiva a gestão do

benefício, reforçando a impressão da população de que se trata de um benefício previdenciário. De fato, a participação das secretarias municipais de assistência social, e mesmo dos Conselhos Municipais, em todo o processo de operacionalização do BPC parece resumida à etapa de revisão, processo que vem se dando mais recentemente. Apesar de grande parte dos representantes das secretarias municipais informarem participar do apoio ao requerimento do BPC (cerca de 95% mencionaram oferecer algum tipo de apoio), esta participação é muito inferior no que diz respeito ao acompanhamento do processo de concessão do benefício (apenas 43%). Ao mesmo tempo, como dito anteriormente, os beneficiários e usuários ressaltaram, em sua grande maioria, que o apoio no processo de requerimento e concessão do BPC é obtido principalmente junto a familiares, vizinhos e amigos, seguidos de funcionários do INSS. É de se supor, portanto, que as secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social tenham uma participação apenas residual neste processo.

Quando perguntados qual deve ser o papel das secretarias municipais de assistência social, os diferentes segmentos assinalaram uma série de atribuições. Parece consensual entre esses diversos segmentos que as secretarias devem orientar a população beneficiária no processo de requerimento do BPC e encaminhar possíveis beneficiários ao INSS. Em outras palavras, há uma aceitação geral de que as secretarias participem do apoio aos beneficiários no processo de requerimento do BPC. Também, a realização de estudos sobre as condições de vulnerabilidade dos beneficiários e a oferta de ações e serviços sociais voltados para estes segmentos são atribuições que grande parte dos respondentes imputam às secretarias municipais de assistência social.

Foram as ações vinculadas ao processo de concessão do BPC (participação das análises/ avaliação dos processos de requerimento e acompanhamento do processo de concessão do BPC) as que tiveram proporcionalmente o menor número de respostas dos diversos segmentos, aí incluindo também as secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social.

Chama atenção ainda o fato que a coordenação do processo de revisão do BPC, atribuição formalmente sob responsabilidade das secretarias municipais de assistência social, teve baixa adesão de respostas dos segmentos vinculados às

agências do INSS. Igualmente, foi a coordenação do processo de revisão do BPC a opção que recebeu o menor número de menções dos representantes das secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social (Tabela 1).

Tabela 1: Opinião sobre o papel das secretarias municipais de assistência social na execução do BPC; Região Sudeste, 2006 (em percentuais)

Papel das SMAS – concordância em relação ao papel da SMAS atuando em:	Segmento					
	Responsável APS	Servidores	Peritos	Conselhos	Secretarias	GEX
Orientar a população beneficiária	91,0	60,6	86,2	100,0	100,0	100,0
Encaminhar possíveis beneficiários ao INSS	77,0	85,9	74,5	98,3	93,3	90,0
Participar da análise/avaliação dos processos de requerimento	54,0	52,5	42,6	78,3	83,3	66,7
Realizar estudos sobre as condições de vulnerabilidade	76,0	74,8	63,8	85,0	93,3	96,7
Acompanhar o processo de concessão do BPC	37,0	34,3	40,4	73,3	80,0	56,7
Coordenar o processo de revisão do BPC	55,0	50,5	28,7	78,3	86,7	70,0
Oferecer diversas ações e serviços sociais voltados para os beneficiários	69,0	76,8	67,0	78,3	88,3	90,0
Outros	7,0	7,1	3,2	8,3	10,0	6,7
Não deve interferir	2,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0
Não sabe	2,0	2,0	8,5	0,0	0,0	2,0

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

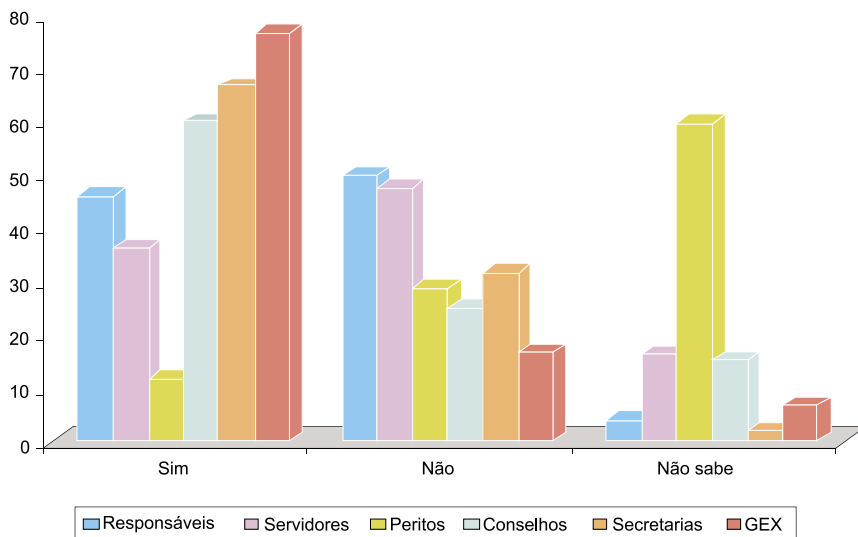
Em relação à integração entre INSS e secretarias de assistência social, pode-se dizer que esta é uma dificuldade ainda bastante presente, salvo experiências pioneiras em alguns municípios. Vale dizer que é somente com o início do processo de revisão do BPC, no final de 1999, que se observa um movimento em direção a uma maior integração entre o INSS e as secretarias municipais de assistência social. Na concepção dos gestores federais do BPC e na perspectiva defendida

pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a integração entre o INSS e as secretarias municipais de assistência social deveria assumir o caráter de uma gestão compartilhada.

Quando foram perguntados sobre sua opinião quanto à necessidade de trabalho conjunto entre APS e secretarias municipais de assistência social, os diferentes segmentos apresentaram um percentual de respostas favorável ao desenvolvimento de trabalhos conjuntos (88% dos responsáveis pelas APS, 83% dos médicos peritos, 97% das gerências executivas e a totalidade das secretarias municipais).

Todavia, o percentual de respostas que indicaram haver trabalho conjunto entre APS e secretarias municipais de assistência social comprova que iniciativas nesta direção são ainda incipientes, como pode ser observado no Gráfico 4.

Gráfico 4: Existência de trabalho conjunto entre APS e SMAS; Região Sudeste, 2006



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

Entre os que responderam haver trabalho conjunto entre APS e secretarias municipais de assistência social (SMAS), a maior parte afirmou que este trabalho é constante e cooperativo (cerca de 65%), seguidos dos que indicaram ser ocasional

e cooperativo (em torno de 15%). A existência de conflitos apareceu de forma relativamente residual na percepção dos respondentes, exceto nas GEX, que, em quase 35% das respostas, afirmou que as relações entre APS e SMAS são marcadas por conflitos.

As dificuldades para essa integração identificadas pelos diferentes segmentos foram de diversas ordens. Entre responsáveis pelas APS, peritos e GEX, apareceu com maior frequência a seguinte seqüência de respostas: a) diferença de objetivos entre INSS e SMAS (47%, 46,8% e 50%, respectivamente); b) falta de interesse das secretarias municipais de assistência social (22%, 22,3% e 33%); e c) concentração de poder de decisão no INSS, sendo este último com menor percentual (18%, 14% e 23%). Já entre as secretarias e os Conselhos Municipais de Assistência Social, apareceu em primeiro lugar a concentração de poder decisório no INSS (50% e 52%, respectivamente), seguida do item “*diferenças de objetivos entre INSS e SMAS*” (45% e 47%). Também mereceram um número significativo de resposta destes dois segmentos, a resistência de profissionais do INSS (32% e 27%) e a falta de interesse do INSS (28% para os dois segmentos).

Chama atenção o fato que foram as secretarias municipais de assistência social que apresentaram o maior percentual de respostas indicativas da não existência de dificuldades de integração entre INSS e SMAS (18%), ao passo que foram as GEX os segmentos que tiveram o mais baixo percentual de respostas nessa direção (somente 3%).

Cabe ainda registrar que, entre as outras dificuldades para realização de um trabalho conjunto entre INSS e SMAS mencionadas pelos respondentes, a falta de recursos humanos – seja no âmbito do INSS, seja nas secretarias municipais de assistência social – foi um item referido por todos os segmentos, demonstrando que esta é uma questão crítica na operacionalização do BPC. Entre os segmentos vinculados ao INSS, apareceram menções a dificuldades relacionadas com a interferência política na operacionalização de programas assistenciais. A falta de capacitação dos profissionais para trabalharem com o BPC e a não consideração da análise social pelo INSS na concessão do benefício foram dificuldades apontadas com maior frequência pelos segmentos vinculados à área de assistência social (secretarias e Conselhos Municipais de Assistência Social).

5.3 Gestão, Processo de Trabalho e Operacionalização do BPC

Uma dimensão avaliada no estudo refere-se à condução e ao cotidiano de implementação do BPC, de forma não só a identificar problemas enfrentados pelos agentes implementadores, mas também captar a percepção destes atores em relação às ações desenvolvidas.

Um primeiro aspecto é a utilização das informações sobre o benefício para o planejamento das ações. Como dito anteriormente, o BPC produz um considerável conjunto de dados sobre os beneficiários e suas famílias, seja no momento de concessão do benefício seja no processo de revisão. Estas informações poderiam contribuir de forma efetiva tanto para a tomada de decisões referentes não só à operação do BPC como, principalmente, para a oferta de bens e serviços sociais voltados às necessidades dos beneficiários.

Quando se perguntou aos diferentes segmentos da amostra do estudo qual era a frequência de utilização das informações sobre o BPC para o planejamento das ações, o que se observou foi que os dados produzidos ainda não vêm sendo incorporados de forma rotineira na gestão do benefício, nem pelo INSS nem pelas secretarias municipais de assistência social. Apenas estas e as GEX referiram, em sua maioria, que as informações são utilizadas sempre ou quase sempre (57% e 93%, respectivamente), contrastando com as respostas dos segmentos diretamente vinculados às APS (45% dos responsáveis pelas APS, 45,5% dos servidores administrativos e 26% dos médicos peritos).

A baixa utilização das informações geradas pelo BPC é, certamente, um fator que inibe o alcance dos objetivos propostos, com repercussões na qualidade da assistência prestada e na potencial utilização do recurso financeiro por parte dos beneficiários.

A pesquisa também identificou que os mecanismos de avaliação e acompanhamento do BPC ainda não estão incorporados de forma efetiva na gestão do benefício. Ao serem perguntados sobre a existência de mecanismos de avaliação ou acompanhamento do BPC, quase a metade dos respondentes em cada segmento indicou não existirem esses mecanismos (48% dos responsáveis pelas

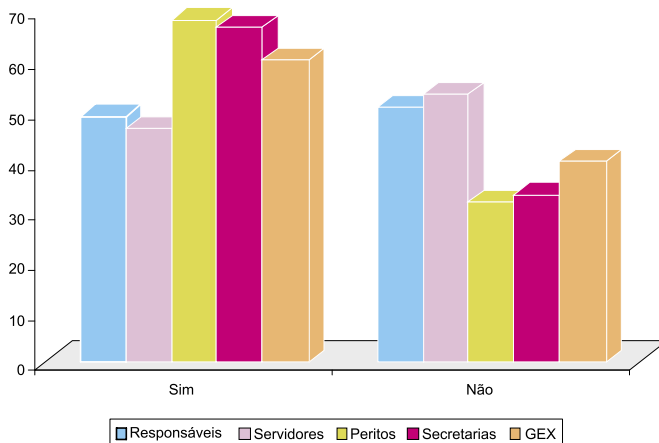
APS, 50% dos servidores administrativos e 42% dos médicos peritos, excetuando-se os que não souberam responder).

A exceção aqui, de novo, é observada nas gerências executivas, que assinalaram, em sua maioria, a existência de mecanismos de avaliação e acompanhamento do BPC. Nesse caso, foi referido que essas informações são usadas principalmente com fins de avaliação (83% dos respondentes), de monitoramento (53%) e de auditoria (50%).

Vale ressaltar que, dentre os segmentos vinculados às APS que referiram haver mecanismos de avaliação e acompanhamento do BPC, mais da metade indicou participar do mesmo. Foram os responsáveis pelas APS os que apresentaram o maior percentual de respostas afirmativas (71%), enquanto os peritos apresentaram o menor índice (53,5%).

Avaliações sobre programas e políticas sociais assinalam, normalmente, que a capacitação dos profissionais que operam tais programas é fundamental para o sucesso no alcance dos objetivos propostos. Na amostra do estudo, um percentual significativo de profissionais e gestores assinalou que não recebeu capacitação para operar o BPC. Esse percentual é maior entre os servidores administrativos das APS, o que torna preocupante se for considerado que este segmento é, em geral, a “porta de entrada” do processo de requerimento ao BPC (Gráfico 5). Por outro lado, são os peritos os que referem, em sua maioria, receber capacitação para operar o BPC, o que pode estar associado a uma maior dificuldade na definição legal dos critérios para concessão do BPC para pessoas com deficiência.

Gráfico 5: Existência de capacitação para operar o BPC; Região Sudeste, 2006



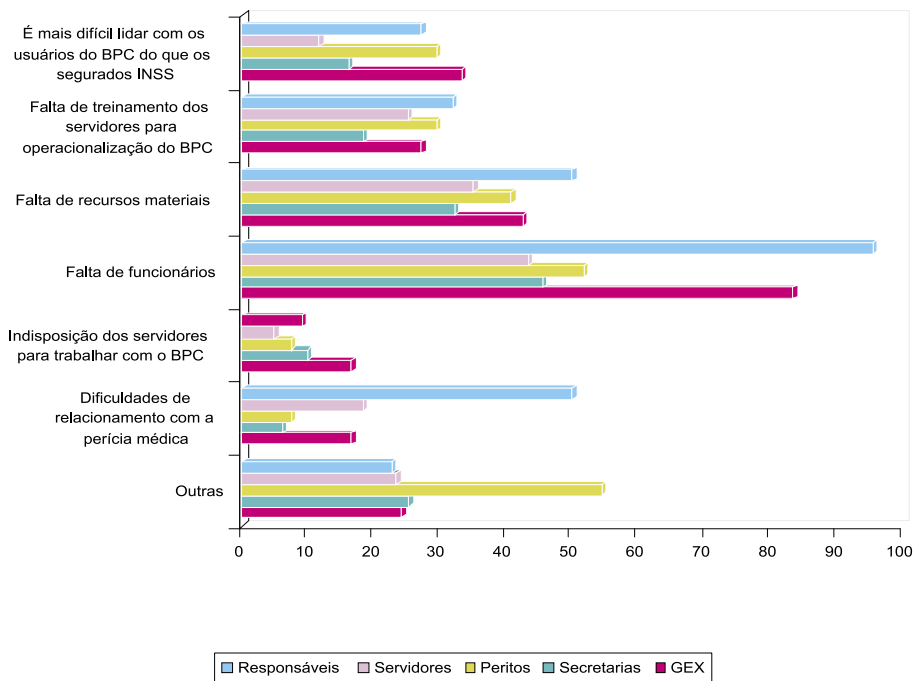
Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

A maioria dos respondentes em cada um dos segmentos da amostra de estudo referiu enfrentar dificuldades para operar o BPC (66% dos responsáveis pelas APS, 63% dos servidores administrativos, 73% das GEX e 65% das secretarias municipais de assistência social). A única exceção foi entre os médicos peritos, dentre os quais mais da metade afirmou não existir dificuldades para operar o BPC. Só é possível especular os motivos pelos quais os peritos apresentaram resultados diferentes dos demais segmentos: talvez a autonomia que desfrutam no seu processo de trabalho seja um fator que contribua para que as repostas desse segmento sejam mais positivas comparativamente aos demais entrevistados.

A falta de funcionários foi uma dificuldade referida pela maior parte dos segmentos. Em seguida, a falta de recursos materiais foi a segunda dificuldade mais assinalada pelos respondentes. Também mereceu importante número de menções a falta de treinamento dos profissionais para operar o benefício, como demonstra o Gráfico 6.

Os segmentos vinculados ao INSS indicaram, de forma expressiva, que é mais difícil lidar com os usuários do BPC do que com os segurados do INSS. Isso demonstra que a diferenciação entre os dois tipos de beneficiários é um fato concreto, restando saber até que ponto ela se reproduz também por meio de um atendimento diferenciado para estes dois segmentos.

Gráfico 6: Principais dificuldades para operar o BPC; Região Sudeste, 2006



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, 2006

Apesar das dificuldades enfrentadas, a maioria dos respondentes em todos os segmentos declarou que o grau de satisfação para trabalhar com o BPC é de médio para alto (81% dos responsáveis pelas APS, 78% dos servidores administrativos, 63% dos médicos peritos, 87% das GEX e 97% das secretarias municipais de assistência social). Foram, sobretudo, os peritos, seguidos dos servidores administrativos e dos responsáveis pelas APS, os que apresentaram o maior percentual de respostas de baixa ou nenhuma satisfação para trabalhar com o BPC (34%, 22% e 18%, respectivamente), ainda que em proporção bem menor dos que avaliaram como médio ou alto grau de satisfação. Já as secretarias municipais de assistência social constituem o segmento que apresentou o maior percentual de respostas indicando que é alta a sua satisfação para trabalhar com o BPC (97%).

Essa avaliação das secretarias municipais de assistência social merece ser relativizada, considerando que a atuação deste segmento junto ao BPC é, como

vimos, ainda residual, salvo experiências consideradas bem sucedidas em alguns municípios. Nestas, normalmente, o trabalho envolve uma articulação constante e cooperativa entre INSS e SMAS.

Os achados da pesquisa também trazem a necessidade de ponderar a tese recorrente de que o INSS se mostra resistente ou refratário à operacionalização do BPC, fato este que se traduziria em um atendimento dual, com priorização dos segurados da Previdência Social e mau atendimento aos beneficiários do BPC. De fato, parece haver entre os agentes previdenciários uma tendência predominante (embora não exclusiva) a criticar a existência de benefícios assistenciais e não contributivos como o BPC, assim como sua operacionalização pelo INSS, estrutura vinculada à noção de seguro social. No entanto, esta concepção não parece se traduzir em diferenças significativas na qualidade do atendimento entre segurados e não segurados, beneficiários do BPC. Aqui, cabe chamar atenção que os próprios beneficiários da amostra de estudo avaliaram de forma satisfatória o atendimento recebido nas agências do INSS: 61% consideraram o atendimento prestado bom e 17% excelente, enquanto 8% avaliaram como regular, 3% ruim e 11% não souberam informar.

Da mesma forma, a grande maioria dos beneficiários não reporta queixas em relação ao BPC (93,5%). Dos que apresentaram queixas, uma parte referiu suspensão do pagamento (6 menções), seguida dos que indicaram atraso no pagamento (4 menções). Apenas um respondente assinalou ter sido mal atendido.

Em termos dos mecanismos formais na Previdência Social para encaminhamento de queixas ou denúncias da população sobre o BPC, os segmentos vinculados ao INSS demonstraram alto grau de conhecimento da Ouvidoria do INSS: 95% dos responsáveis pelas APS, 88% dos servidores administrativos, 70% dos médicos peritos e todas as GEX responderam conhecer esse mecanismo institucional. No entanto, é preciso considerar que a Junta de Recursos da Previdência Social, instância que em tese teria um papel importante na revisão de pedidos indeferidos, recebeu uma baixa proporção de respostas (56% dos responsáveis pelas APS, 45,5% dos servidores administrativos, 58,5% dos médicos peritos e metade das GEX).

No trabalho de campo foi recorrente, em todos os segmentos da Previdência Social, a referência a mecanismos de encaminhamento de queixas dentro das próprias APS, sejam formais, como cartas e abertura de processos, sejam informais, como a comunicação verbal com os responsáveis pelas APS.

Entre os beneficiários, metade dos que apresentaram queixas em relação ao BPC não reclamou. A outra metade informou ter procurado principalmente as GEX e a Ouvidoria do INSS, ratificando o papel residual que outras instituições vêm desempenhando na implementação do BPC. Note-se que nenhum beneficiário fez referência à Junta de Recursos do INSS, possivelmente porque suas queixas não envolveram a necessidade recursal.

Na opinião da maior parte dos respondentes em todos os segmentos, a Previdência Social toma as providências necessárias para dar respostas às queixas ou insatisfações dos beneficiários. Aqui, o maior percentual de respostas positivas foi dado pelos responsáveis pelas APS e pelas GEX (94% e 93%, respectivamente), enquanto os segmentos que apresentaram maior número de respostas indicando que a Previdência Social não toma as providências necessárias para dar respostas às queixas ou insatisfações dos beneficiários foram os Conselhos Municipais de Assistência Social, e as secretarias cada qual com 25%.

No entanto, quando solicitados a avaliar as providências tomadas pela Previdência Social na solução de queixas ou denúncias sobre o BPC, os respondentes consideraram, em sua grande parte, que estas são parcialmente satisfatórias (54% dos responsáveis pelas APS e das GEX, 58% dos Conselhos Municipais de Assistência Social e 48% das secretarias municipais de assistência social), o que denota a necessidade de aprimoramento dos mecanismos existentes.

Em relação às queixas apresentadas pelos beneficiários do BPC, as opiniões expressas pelos distintos segmentos demonstraram uma clara cisão entre os agentes previdenciários e os segmentos vinculados à área de assistência social. Senão, vejamos:

A maioria dos responsáveis pelas APS (84%), servidores administrativos (79%), peritos (66%) e GEX (60%) não concorda que o atendimento no INSS é desumanizado. Já a maior parte dos Conselhos Municipais de Assistência Social

(CMAS) e das SMAS concorda total ou parcialmente com esta queixa: 58% e 52%, respectivamente.

Também, a maioria dos segmentos vinculados ao INSS não concorda que o valor de 1 salário mínimo pago pelo BPC é baixo (63% dos responsáveis pelas APS, 58% dos servidores administrativos e metade das GEX). Entre os CMAS e as SMAS, esse percentual é bem menor (28% e 42%, respectivamente), sendo que grande parte concorda plenamente com essa queixa (38% dos Conselhos e 40% das Secretarias Municipais de Assistência Social).

De modo análogo, a maior parte das SMAS (72%) e dos CMAS (73%) concorda total ou parcialmente com a queixa de que há excesso de burocracia no processo de concessão do BPC, fato contestado pelos segmentos ligados à Previdência Social (65% dos responsáveis pelas APS, 52,5% dos servidores administrativos e 60% das GEX). Aqui, a exceção está entre os médicos peritos: enquanto 47% não concordam com a existência de excesso de burocracia, 32% concordam total ou parcialmente que há burocracia em excesso e 21% não souberam responder, sendo esse o maior percentual de desconhecimento entre os segmentos.

A demora na marcação da perícia médica é uma queixa com a qual a maior parte dos agentes previdenciários não concorda (59% dos responsáveis pelas APS e médicos peritos, 65% dos servidores administrativos e 47% das GEX), mas que teve um grau elevado de concordância total ou parcial entre os CMAS (65%) e as SMAS (52%).

De forma equivalente, a demora em receber o benefício foi uma queixa que teve alto grau de concordância entre as secretarias (43%) e os Conselhos Municipais de Assistência Social (60%), mas com a discordância da maior parte dos segmentos vinculados ao INSS (71% dos responsáveis pelas APS, 73% dos servidores administrativos e 53% das GEX). Comportamento diferenciado tiveram os peritos, cujas respostas se dividiram: enquanto quase a metade dos respondentes não concorda com a demora em receber o benefício, 22% concordam total ou parcialmente e 29% não souberam responder.

As opiniões dos distintos segmentos se dividiram em relação a queixas como falta de orientação adequada aos requerentes do BPC, existência de longas filas no INSS e queixas sobre o resultado da perícia médica.

Em relação à falta de orientação adequada para os requerentes do BPC, grande parte dos peritos (61%), Conselhos Municipais de Assistência Social (72%), secretarias municipais de assistência social (77%) e GEX (73%) concordam total ou parcialmente com a queixa de falta de orientação adequada, enquanto boa parte dos responsáveis pelas APS (45%) e servidores administrativos (31%) não concordam com essa queixa.

A existência de longas filas no INSS foi uma queixa que teve significativo grau de concordância, parcial ou integral, entre os Conselhos Municipais de Assistência Social (63%), as secretarias municipais de assistência social (65%) e as GEX (77%), mas expressiva discordância entre os responsáveis pelas APS (44%), servidores administrativos (35%) e médicos peritos (37%).

Quanto às queixas sobre o resultado da perícia médica, o comportamento dos respondentes é similar ao da queixa anteriormente citada: enquanto é expressivo o grau de concordância dos Conselhos Municipais de Assistência Social (68%), as secretarias municipais de assistência social (58%) e as GEX (60%) com as queixas sobre os resultados da perícia médica, os segmentos vinculados às APS apresentaram expressivo grau de discordância com essa queixa (51% dos responsáveis pelas APS, 46,5% dos servidores administrativos e 48% dos médicos peritos).

Por fim, é comum entre os diversos segmentos o alto grau de discordância em relação às queixas de que há atraso no pagamento do benefício e de que as agências do INSS são distantes da residência do requerente.

5.4 Controle Social

Os conselhos de políticas públicas na área da seguridade social foram instituídos pela Constituição Federal de 1988 e, no caso da assistência social, regulamentados pela Lei Orgânica da Assistência Social, em 1993. Desde então estes conselhos constituem mecanismos institucionais que visam garantir a participação da sociedade civil sobre os atos e decisões do Estado através de um processo de gestão conjunta da política de assistência social. Na pesquisa, buscou-

se analisar de que forma se efetiva o controle social sobre o BPC tomando por referência os Conselhos Municipais de Assistência Social.

A noção de controle social considerada pela pesquisa não se restringiu aos mecanismos institucionais de participação nas políticas sociais. Foram vistos também os espaços existentes na sociedade civil que visam promover o debate e a explicitação de interesses dos segmentos participantes do BPC – o idoso e a pessoa com deficiência – e a interlocução que porventura estabeleçam com este Programa.

A partir dessa perspectiva, a pesquisa procurou conhecer a percepção dos diferentes agentes envolvidos com o BPC – setores da Previdência e da assistência social, conselheiros da assistência social, beneficiários e usuários – sobre a existência e a vitalidade dos mecanismos de controle social sobre o Programa.

Um dos pontos analisados foi a existência de associações de idosos e das pessoas com deficiência nos municípios pesquisados, e possíveis relações das mesmas com o BPC. Em verdade constatou-se a forte presença dessas organizações nas realidades municipais, principalmente de associações de idosos. No entanto, a expressiva presença numérica não repercute, na mesma proporção, em termos da articulação das mesmas com o BPC. Apesar das associações relativas às pessoas com deficiência apresentarem um padrão de articulação um pouco mais ativo em relação ao BPC, do que as organizações de idosos, verificou-se que é ainda muito tênue essa relação.

Observou-se o mesmo em relação aos conselhos de idosos e da pessoa com deficiência, cujo grau de desconhecimento por parte dos usuários e beneficiários do Programa é enorme: 93,3% dos usuários e 98,4% dos beneficiários do BPC não sabem da existência do Conselho do Idoso; já os conselhos da pessoa com deficiência são desconhecidos por 94,6% dos usuários e 84,7% dos beneficiários. Esse pouco conhecimento se reproduz na avaliação que usuários e beneficiários fazem sobre o envolvimento dos conselhos com o BPC. De qualquer forma, ficou evidente o menor grau de desconhecimento das pessoas com deficiência em relação à existência do conselho representativo deste segmento e, principalmente, do envolvimento do mesmo com o BPC, o que certamente indica a existência de

uma organização mais ativa das PCD nos municípios pesquisados, em torno da defesa e ampliação de direitos.

Em verdade, isso reflete como está o grau de interação das representações autônomas da sociedade civil e dos movimentos sociais relacionados a esses segmentos com a Política Nacional de Assistência Social e, de certa forma, com os conselhos.

Quanto aos Conselhos Municipais de Assistência Social, a pesquisa constatou a persistência do alto grau de desconhecimento por parte dos beneficiários (83,7%) e usuários (90,7%) do BPC sobre a existência dos mesmos, mas, ainda assim, ele é um pouco menor do que o que se viu nos conselhos anteriores. Da mesma forma, a percepção desses segmentos sociais sobre a articulação do CMAS com o BPC é praticamente inexistente para os usuários, onde 55,5% consideram que é baixa e nenhuma e 44,4% não souberam informar. Já os beneficiários avaliaram que a mesma situa-se principalmente nos níveis médio (37,5%) e um outro conjunto expressivo não soube informar a este respeito (31,3%).

Já a avaliação sobre o grau de envolvimento dos Conselhos Municipais de Assistência Social com o BPC, realizada pelos representantes das secretarias de assistência social e dos próprios Conselhos, mostrou que, para os representantes dos CMAS (76,6%) e das secretarias de assistência social (65,0%), esta articulação é ainda muito frágil, situando-se para os dois órgãos nos níveis médio e baixo.

Na realidade, o que estas avaliações indicam é que os Conselhos Municipais de Assistência Social vêm tendo uma atuação pouco expressiva nas questões relativas ao BPC, o que é reconhecido inclusive pelos seus próprios representantes. Além disso, o que realizam nesse sentido pouco repercute junto aos beneficiários e, principalmente, aos usuários do Programa.

Concluindo, é interessante observar que os conselheiros participantes da pesquisa, ao serem indagados sobre os elementos que poderiam estimular os conselhos a terem uma atuação mais consistente em relação ao BPC, mostraram que têm consciência de algumas necessidades e fragilidades que os conselhos apresentam. Assim, entre as indicações que receberam um grau de adesão

expressivo por parte destes, destacam-se a necessidade de maior conhecimento do BPC pelos conselheiros (78,3%) e de maior participação dos usuários do Programa no CMAS (56,6%).

Verifica-se que a primeira proposição trata realmente da raiz do problema, ou seja, é necessário, antes de qualquer outra coisa, que os conselheiros efetivamente conheçam o BPC, seus problemas e seu potencial, enquanto um direito social. Quanto à maior participação dos usuários do BPC no CMAS, é com certeza o elemento que pode dar uma nova direção a uma possível abertura do Conselho à discussão e à atuação junto ao BPC.

5.5 Percepções sobre o BPC

Neste ponto, a pesquisa buscou conhecer as percepções que os segmentos envolvidos com o Programa no âmbito do INSS, das secretarias e dos Conselhos de assistência social, têm sobre o BPC e os seus beneficiários.

O primeiro aspecto analisado procurou indagar sobre a “*possibilidade do BPC de proporcionar uma vida digna a idosos e pessoas com deficiência*”. Verificou-se que a maioria dos respondentes indicou a incapacidade do Programa para garantir isso.

O baixo valor do benefício foi um dos principais aspectos apontados com grande ênfase pelos médicos peritos (70,8%), pelos representantes dos conselhos (68,3%), pelos servidores administrativos (59,3%), e pelos representantes das secretarias de assistência social (58,3%).

No entanto, a idéia de “condições dignas de existência” não passa somente pela satisfação de necessidades materiais, embora tal satisfação seja essencial. Daí que todos os segmentos apontaram também, como uma das causas da incapacidade em questão, o fato de que, “*a despeito do valor do benefício, inexistente apoio do poder público às outras necessidades dos idosos e PCDs*”. Neste caso, três segmentos representantes do INSS destacaram-se na ênfase conferida a este fator: responsáveis pelas APS (40,8%), servidores administrativos (31,4%) e médicos peritos (30,3%). As secretarias e os conselhos de assistência social situaram-se a seguir, com 23,3% e 21,7%, respectivamente.

Um outro ponto pesquisado diz respeito às razões que levaram os atuais beneficiários a requerer o BPC. Tendo em vista a condição de extrema pobreza dos beneficiários e a impossibilidade de inserção laborativa de muitos deles, não causou surpresa que a idéia da “*existência de uma efetiva necessidade financeira*” tenha sido apontada por todos os segmentos, como a razão mais forte de adesão ao Programa. Aqui, destacam-se os representantes das secretarias de assistência social (100,0%), dos conselhos (93,3%) e os médicos peritos (92,6%), como os que apresentaram o maior percentual de menções a esse respeito.

O segundo motivo mais apontado pelos respondentes para o requerimento do BPC pelos beneficiários foi, a “tendência das famílias a não assumirem responsabilidade por seus membros dependentes e idosos”. Os três segmentos do INSS – servidores administrativos (62,6%), responsáveis pelas APS (60,0%) e médicos peritos (51,1%) – são os que mais aludem a essa explicação.

Cabe observar que essa percepção parece estar em conflito com o que os próprios beneficiários dizem sobre o papel da família e suas vidas. Segundo eles, são os parentes, próximos e distantes, quem majoritariamente os ajudam materialmente e no manuseio das atividades cotidianas.

A pesquisa também buscou captar as percepções dos referidos segmentos sobre os beneficiários. Para tanto, foi solicitado aos respondentes que os comparassem com os segurados do INSS. Todos identificaram algum grau de diferença entre os dois. O mais referido, principalmente pelos responsáveis pelas APS (87,5%), servidores administrativos (85,1%) e gerentes executivos (78,9%), é “*a dificuldade dos beneficiários em entenderem o funcionamento do BPC*”. A segunda diferença mais mencionada foi referente à “*maior pobreza do beneficiário em relação ao segurado*”. Os médicos peritos (74,5%), os servidores administrativos (66,0%) e os gerentes executivos (63,2%), estão entre aqueles que mais se referem a essa questão.

Uma outra diferença entre beneficiários do BPC e segurados do INSS destacada pelos respondentes diz respeito à maior capacidade crítica e tendência a questionar dos primeiros. Os peritos são a maioria esmagadora entre os segmentos na indicação desse ponto (13,7%), o que possivelmente está ligado ao fato de que

situações de conflito entre eles e os que pedem acesso ao BPC são mais agudas, em função do seu papel definidor no processo de concessão para as pessoas com deficiência. Em seguida vêm os servidores administrativos (8,5%) e os gerentes executivos (5,3%).

Ainda sobre o perfil do beneficiário do BPC, os segmentos pesquisados tendem a caracterizá-lo como “*menos consciente dos seus direitos do que os segurados*”. Os peritos mais uma vez são os que se destacam na referência a esta questão (51,0%), seguidos dos servidores administrativos (31,9%) e dos representantes das secretarias de assistência social (30,0%).

Considerando que os médicos peritos são os que mais afirmaram que os beneficiários são mais críticos e questionadores do que os segurados, era de se esperar que aqui eles fossem menos proeminentes. Isso, contudo, não pode ser visto como uma contradição, haja vista que ser mais questionador que o segurado não significa necessariamente ser essencialmente portador de uma consciência cidadã. Ao mesmo tempo, o tipo de questionamento crítico dos beneficiários pode ser muito possivelmente caracterizado por uma ação de revolta momentânea, que não se estende para além da situação pericial.

Um outro ponto indagado foi como os diferentes segmentos percebem o beneficiário do ponto de vista da sua presença dentro da estrutura previdenciária, a qual, só muito recentemente, e por força de lei, passou a lidar com um benefício assistencial da dimensão do BPC.

Entre os respondentes que acham que o beneficiário do BPC não contribui para a Previdência Social e, que, portanto, não deveria ser atendido pelo INSS, os responsáveis pelas APS são os que mais acalentam essa percepção (41,7%), seguidos dos servidores administrativos (29,8%) e médicos peritos (23,5%). Não casualmente, são também esses três segmentos os que provavelmente se viram mais afetados pelo maior volume de trabalho que tiveram que enfrentar, em função da incorporação das ações associadas à concessão do BPC.

Finalizando, quanto à importância atribuída ao BPC, todos os segmentos afirmam que o mesmo é “muito importante”. Despontam nesta posição os representantes das secretarias de assistência social (91,7%) e dos conselhos

relativos a esta política (83,0%). Na esfera do INSS, o grau de adesão é mais modesto, destacando-se os gerentes executivos (66,7%) e os responsáveis pela APS (63%).

6 Considerações Finais

A par dos resultados já apresentados, algumas considerações merecem destaque. Em primeiro lugar, é preciso reiterar a potência do BPC como benefício assistencial. Com a pesquisa foi possível identificar sua importância para a manutenção de condições mínimas de vida para segmentos extremamente vulnerabilizados, idosos e pessoas com deficiência. O benefício está bem focalizado nas populações às quais se destina, pois além da renda familiar muito baixa, outros fatores indicam essa focalização nos mais pobres; entre os beneficiários há mais mulheres, negros e indivíduos solteiros, segmentos sabidamente mais acometidos pela pobreza.

Apesar de apontarem alguns limites ao benefício, tanto os beneficiários como os setores ligados à gestão e controle social reconhecem que o benefício é importante e necessário e que a população beneficiária o acessa, principalmente, por necessidade. Isso indica uma mudança em relação aos benefícios assistenciais, em geral tratados como caridade, favor ou complacência do Estado. Essa posição, contudo, não é exclusiva e comparece junto com concepções morais tradicionais, em especial as que responsabilizam os indivíduos e suas famílias pela fragilidade em que se encontram. Mais do que uma dubiedade, a presença de posições supostamente contraditórias indica a complexidade da questão social e o quanto a condução do Estado pode conformar essas concepções. Nesse sentido, vale chamar a atenção para a importância do benefício como componente central da política de assistência social em anos recentes, fato que tem demandado esforço significativo da estrutura institucional da assistência social no sentido de localizá-lo dentro do campo do direito social, mesmo por meio da complexa estrutura organizacional na qual ele se insere, onde prevalece, como sabido, a lógica do direito vinculada à contribuição pretérita. Mesmo prevalecendo ainda essa lógica, o BPC tem hoje

um lugar como benefício assistencial estatal que não é regido principalmente pelo critério do favor ou da clientela. Se é possível identificar no BPC uma mudança de padrão em relação aos benefícios assistenciais, não estão eliminados os conflitos cotidianos impostos a gestores e cidadãos no que toca aos mecanismos que cercam a concessão e manutenção do benefício. Os agentes do INSS ainda não vêem com bons olhos a operacionalização do benefício e prefeririam que essa não fosse uma responsabilidade sua. Contudo, é o INSS ainda a principal fonte de apoio de beneficiários e usuários para acesso ao benefício, superado apenas pelas redes familiares de apoio e à frente da assistência social, conselhos, políticos etc.

Os problemas de gestão estão razoavelmente identificados pelos agentes e há uma razoável clareza das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas no benefício, mesmo que não seja sempre boa a avaliação sobre o seu cumprimento. É de salientar a boa disposição dos agentes para trabalhos conjuntos entre os setores de assistência e previdência, certamente já influenciados pelos esforços de ambos na condução negociada acerca da implementação do benefício em anos recentes.

Os beneficiários não apontam problemas significativos de acesso, mas chama atenção a disparidade de posições entre eles e os agentes quanto à demora na concessão, que é um fator crucial para os segmentos do BPC.

Os problemas mais graves referem-se à perícia médica e seus indeferimentos. E aqui reside um dos nós górdios do BPC, que são os critérios de concessão. Há uma razoável concordância entre os agentes de que a renda máxima permitida para concessão é muito baixa. Quanto aos critérios de incapacidade, mesmo entre os peritos, é importante a concordância com sua falta de clareza, o que abre espaço para iniquidades de toda ordem. Isso aponta para a convivência desses agentes, na prática cotidiana, com o que já foi extensamente apontado por estudos, que é a necessidade de vinculação da incapacidade com as condições e necessidades sociais das pessoas com deficiência. Contudo, o BPC permanece restrito a uma condição indefinida, já que a designação de incapaz para a vida independente e para o trabalho corrobora um valor simbólico de inadaptabilidade definitiva de indivíduos para a vida social, entre os quais muitas crianças.

Sobre esse ponto, vale salientar que, dentre os resultados da pesquisa, destaca-se a importância de que sejam tratados distintamente os dois segmentos

do BPC – idosos e pessoas com deficiência. São segmentos bastante distintos, com necessidades e vulnerabilidades também distintas. E apontar para essa distinção é dar visibilidade a esses grupos e seus indivíduos. Os resultados apontam para várias necessidades específicas de cada um desses segmentos que precisam ser mais bem atendidas e algumas delas mais bem conhecidas.

Os dados indicam para o papel ainda irrisório da Assistência Social nos municípios, tanto das secretarias quanto dos Conselhos, na atenção aos beneficiários do BPC. A família segue sendo o apoio principal; contudo, seus limites são concretos na atenção a segmentos com muitas necessidades de saúde e assistência e muito pobres. O apoio familiar e comunitário, apesar de positivo, não é suficiente como estratégia de superação da pobreza já que, no limite, segue sendo um partilhamento de precariedades, reproduzindo essa mesma pobreza e limitando o alcance da transferência de renda.

A atenção às necessidades do BPC requer a inserção de seus beneficiários em rede ampla de proteção social e essa tarefa está prevista no desenho do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A pesquisa também mostrou uma razoável disposição dos agentes da previdência e assistência no sentido da cooperação por ações intersetoriais. E há registro de experiências bem sucedidas nesse sentido, em especial a partir da revisão do benefício. Mas, como em outras áreas assistenciais, a saúde em particular, essas inovações dependem fortemente da disposição dos governos locais, gerando padrões de acesso e utilização muito distintos entre si, o que é um fator de iniquidade.

As políticas sociais no Brasil carecem hoje de iniciativas arrojadas de integração. E a assistência social, apesar de ainda apresentar a estrutura institucional mais frágil, é aquela com maior potencial para fazê-lo. Sua maior dependência de outros setores sociais se dá exatamente pela concepção bastante abrangente que possui sobre a chamada questão social. O BPC pode ser um caminho para a criação de sistemas integrados de proteção social, que tomem o nível local como foco organizacional e o território como elemento de definição de necessidades e planejamento de ações. Com isso, poderá cumprir seu objetivo de integrar de fato as populações às quais se dirige.

7 Bibliografia

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Seminário Nacional sobre Gestão do Benefício de Prestação Continuada**: relatório final. Brasília, DF, 2004.

DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

DE TOMMASI, L. A participação nos conselhos paritários: significados e limites. In: **Conselhos municipais e políticas sociais**. Rio de Janeiro: IPRE; IBAM, 1997.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GOMES, A. L. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites: construindo possibilidades e avanços? In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social e cidadania**: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. Cash benefits to disabled persons in Brazil: an analysis of BPC: continuous cash benefit programme. **Texto para Discussão IPEA**, Brasília, DF, n. 1184, 2006.

PAUGAM, S. **Desqualificação social**: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Cortez-EDUC, 2003.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**. São Paulo: Cortez, 1998.

SANTOS JÚNIOR, O. (Org.); RIBEIRO, L. C. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan; Fase, 2004.

SPOSATI, A. Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.) **Proteção social e cidadania**: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004.



**Envelhecimento Populacional
e os Sistemas Públicos de Suporte
aos Idosos: o Caso Brasileiro**

Capítulo XI

Capítulo XI

Foto: Ubirajara Machado

Envelhecimento Populacional e os Sistemas Públicos de Suporte aos Idosos: o Caso Brasileiro

Bernardo Lanza Queiroz¹

Diana Oya Sawyer²

José Alberto Magno de Carvalho³

Aloísio Joaquim de Freitas⁴

Cíntia Simões Agostinho⁵

Geovane da Conceição Máximo⁶

1 Apresentação

Este artigo apresenta parte dos resultados da pesquisa “Avaliação do Benefício de Prestação Continuada – BPC”, desenvolvida pelo núcleo de Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar), por solicitação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

-
- 1 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD em Demografia pela University of California in Berkeley.
 - 2 Professora do Departamento de Demografia da UFMG; PhD Sc. in Population Sciences pela Harvard University.
 - 3 Professor do Departamento de Demografia da UFMG; PhD; em Demografia Econômica pela London School of Economics & Political Sciences.
 - 4 Professor do Departamento de Estatística da UFMG; Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.
 - 5 Pesquisadora do Cedeplar – UFMG; Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.
 - 6 Pesquisador do Cedeplar – UFMG; Doutorando em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

A população mundial vem apresentando importantes mudanças nas últimas décadas no que concerne a suas características demográficas. A idade média da população, uma medida interessante deste processo, deve chegar aos 45 anos em 2050 nos países desenvolvidos, de acordo com as Nações Unidas. O envelhecimento observado nos países em desenvolvimento é mais lento, a idade média em 2050 será de 36 anos, mas, dado o rápido declínio da fecundidade e da mortalidade, o processo de envelhecimento será mais veloz do que observado nos países desenvolvidos.

O envelhecimento da população aumentou a preocupação com relação à sustentabilidade dos sistemas públicos de previdência social (WISE, 2004). Se no passado grande parte do suporte aos idosos era feita pela família, hoje este apoio vem de sistemas geridos pelo setor público e, em alguns países, também pelo setor privado (COSTA, 1998). De forma geral, esses sistemas são muito importantes para reduzir a diferença de renda entre idosos e as pessoas em idade ativa e para reduzir as taxas de pobreza da população idosa (GRUBER & WISE, 2001).

Por outro lado, recentemente, a maioria dos sistemas vem enfrentando graves problemas fiscais. A maioria deles funciona no esquema *Pay-As-You-Go* (PAYGO), ou seja, a aposentadoria dos idosos de hoje é financiada pelas contribuições dos trabalhadores de hoje. O equilíbrio dos sistemas fica cada vez mais difícil com o aumento da razão de dependência, envelhecimento populacional, e um processo acelerado de redução da idade média de aposentadoria (BONGARTS, 2004). Dessa forma, é crucial elaborar políticas públicas que considerem o impacto dos programas de assistência social para o sistema de seguridade social e na oferta de trabalho e decisão de aposentadoria dos indivíduos.

Esse artigo segue a análise de Turra e Queiroz (2005) e investiga o impacto do Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) para o sistema de seguridade no Brasil. Neste trabalho, estimamos o impacto da inclusão dos beneficiários do BPC sobre a razão de suporte do sistema de previdência brasileiro. Turra e Queiroz (2005) projetam a razão de dependência do sistema brasileiro sob diferentes cenários e mostram como a combinação de mudança na estrutura etária e ausência de políticas adequadas tornam a situação do sistema brasileiro mais grave do que poderia se esperar.

A primeira parte do artigo apresenta, brevemente, o sistema de seguridade brasileiro, com a descrição apenas do Sistema INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), uma vez que a descrição do BPC consta do início desta publicação. A segunda parte examina a evolução da população e dos níveis de dependência etária no Brasil. Na terceira parte, com base no modelo desenvolvido por Turra e Queiroz (2005), projetamos a razão de suporte dos benefícios de seguridade social no Brasil considerando cenários envolvendo mudanças no mercado de trabalho e nos benefícios de previdência e no BPC. O objetivo principal é mostrar que com a tendência atual da população e o tamanho dos benefícios, a sustentabilidade desses em um futuro próximo pode estar ameaçada. Na conclusão apresentamos algumas propostas de políticas públicas, bem como importantes tópicos para estudos futuros.

2 O Sistema de Seguridade no Brasil

O sistema de seguridade social no Brasil é composto por três segmentos principais: o sistema geral (trabalhadores do setor privado), o sistema dos servidores públicos e diversos sistemas de capitalização privados. Além disso, o país também tem um grande sistema não-contributivo, com elegibilidade determinada pelo nível de renda das pessoas (*means-tested*), que provê benefícios para a população de renda baixa.

Os servidores públicos no Brasil têm o seu próprio sistema de seguridade social do tipo PAYGO com benefício definido. Apesar de ser pequeno em números absolutos quando comparado com o sistema único (geral), os gastos da previdência dos servidores é relativamente alto, atingindo cerca de 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2002 (MÉDICI, 2004). De acordo com Médici (2004), o programa é uma complexa cadeia de sistemas federais, estaduais e locais incluindo programas especiais para servidores em diferentes categorias. Os benefícios são mais generosos do que os do sistema geral (trabalhadores da iniciativa privada): a taxa de reposição é mais alta e o período de contribuição para receber 100% dos benefícios é mais curto. O *déficit* do programa é alto e vem crescendo nos últimos anos, atingindo cerca de 3,6% do PIB em 2004 (GIAMBIAGI, 2004).

2.1 O Sistema Previdenciário (INSS)

O sistema de previdência pública para os trabalhadores do setor privado no Brasil (sistema geral) funciona no esquema *Pay-As-You-Go* (PAYGO), ou seja, é um sistema não capitalizado de benefícios definidos. Na literatura há algum debate sobre o início do programa no Brasil. Em 1888, algumas medidas foram tomadas para prover benefícios previdenciários para os trabalhadores dos correios e da imprensa oficial. Nos anos seguintes, novas categorias foram incluídas: empregadores da rede ferroviária federal, do Ministério da Fazenda, da Casa da Moeda e das Forças Armadas. Em 1923, a Lei Eloi Chaves foi aprovada e propunha regular o sistema de seguridade social para os servidores públicos e trabalhadores da iniciativa privada. Esta lei descentralizou o sistema, deixando cada empresa responsável por gerir o programa para seus empregados.

A primeira grande reforma do sistema brasileiro ocorreu em 1933, quando os subsistemas foram unificados de acordo com categorias profissionais (LEITE, 1983). O sistema geral foi unificado apenas em 1966 com a aprovação da Lei Orgânica do Sistema de Seguridade Nacional. O Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) incorporou todas as receitas e despesas dos sistemas específicos por categorias profissionais, bem como suas dívidas e ativos. Uma outra grande mudança no mesmo período foi a mudança do sistema antigo, de capitalização, para o esquema PAYGO (LEITE, 1983).

A última grande reforma do sistema ocorreu na constituição de 1988. Esta reforma estendeu a cobertura da previdência social para a maioria dos grupos antes excluídos, incluindo os trabalhadores rurais. Entretanto, a reforma não gerou aumento equivalente nas receitas de contribuição. Outras medidas tornaram o sistema mais generoso do que antes: estabelecimento do salário mínimo como piso, indexação de todos os benefícios ao salário mínimo e reduzindo a idade mínima de aposentadoria em alguns casos (STEPHANES, 1998).

Os benefícios totais eram pagos, até 1998, a todos os trabalhadores que tivessem contribuído por pelo menos 10 anos para o sistema, tinham atingido a idade normal de aposentadoria para receber o benefício por idade (65 para homens e 60 para mulheres), ou podiam comprovar que estavam trabalhando por

um certo número de anos dentro do programa de aposentadoria por tempo de serviço (35 anos para homens e 30 anos para mulheres). Além disso, benefícios proporcionais eram concedidos para trabalhadores com 30 e 25 anos de serviço, para homens e mulheres respectivamente. Os benefícios eram computados com base nos salários de contribuição dos últimos 36 meses (BRASIL, 2002). O nível dos benefícios por aposentadoria é relativamente alto, beneficiários da aposentadoria por idade recebem em média três vezes o salário mínimo e os beneficiários por tempo de serviço recebem 2,5 vezes mais do que os aposentados por idade (QUEIROZ, 2005).

Em 1998, após grande debate, uma importante reforma foi aprovada com objetivo de ajudar a reduzir o desequilíbrio fiscal do programa. A principal mudança foi a introdução de uma nova metodologia de cálculo baseada em regras atuariais. A nova fórmula foi baseada no sistema nocional sueco. O sistema leva em consideração a história de rendimentos, a esperança de vida na idade de aposentadoria e introduz um coeficiente que reduz os incentivos para a aposentadoria precoce. Entretanto, uma idade mínima de aposentadoria ainda não foi aprovada para trabalhadores da iniciativa privada (BRASIL, 2002).

O sistema geral foi criado quando o rápido crescimento da população e a baixa esperança de vida ajudavam a sustentabilidade do programa. Em anos recentes, entretanto, o sistema vem enfrentando problemas fiscais, o *déficit* vem aumentando gradativamente desde as reformas do final dos anos 80. De acordo com Giambiagi (2004), em 1996 o *déficit* do sistema era de 0,1% do PIB, mas aumentou para 1,7% em 2004. O débito implícito do sistema, uma medida de equilíbrio fiscal no longo-prazo, é muito alto e atinge um valor de duas vezes o PIB (BRAVO, 2001).

3 Dados e Metodologia

O objetivo principal dessa seção é projetar as razões de suporte do sistema de previdência no Brasil seguindo o modelo proposto por Turra e Queiroz (2005). A estimativa das razões de suporte do sistema de seguridade social

(razão de contribuintes por beneficiários) para o Brasil entre 1996 e 2010 é feita projetando a população brasileira com o método das componentes. Este método foi utilizado para fazer a projeção populacional das Unidades da Federação, por sexo e grupo etário quinquenal, para o ano de 2005 e 2010. Para uma estimativa da população entre 2005 e 2010 foi feita uma interpolação (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006).

A partir da projeção da população brasileira, a razão de suporte é estimada usando taxas específicas de sexo e idade para a participação na força de trabalho, as taxas de contribuintes do sistema previdenciário e as taxas de beneficiários do sistema de previdência e do BPC. Os dados de beneficiários de aposentadorias e pensões foram obtidos diretamente dos dados da Previdência Social⁷ e os de beneficiários do BPC foram obtidos dos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A taxa de beneficiário foi calculada como a relação entre o número de beneficiários em relação à população total. O número de contribuintes foi calculado a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). A taxa de contribuintes é definida como o número de pessoas que declaram contribuir para a previdência na PNAD em relação à população economicamente ativa. A evolução dessas taxas será apresentada nas seções seguintes.

O modelo de simulação incorpora o efeito das mudanças nas taxas de contribuição e de beneficiários do sistema. Seguindo Turra e Queiroz (2005), chamaremos esses efeitos de efeito evasão e efeito generosidade. Um pressuposto importante do modelo, seguindo Turra e Queiroz (2005), é que as mudanças demográficas e econômicas são independentes, ou seja, nesse modelo não são considerados possíveis efeitos de *feedback*. Isso significa que o que não consideramos como mudanças demográficas podem afetar o comportamento econômico e vice-versa.

⁷ Os benefícios previdenciários considerados nessa análise foram: 42-Aposentadoria por Tempo de Contribuição LOPS; 46-Aposentadoria por Tempo de Contribuição Especial; 54-Pensão Especial Vitalícia (Lei 9793/1999); Aposentadoria por Idade; Aposentadoria por Tempo de Contribuição/Det Ignorado; Aposentadoria por Invalidez; Aposentadorias Acidentárias; Pensões Acidentárias; Pensões por Morte).

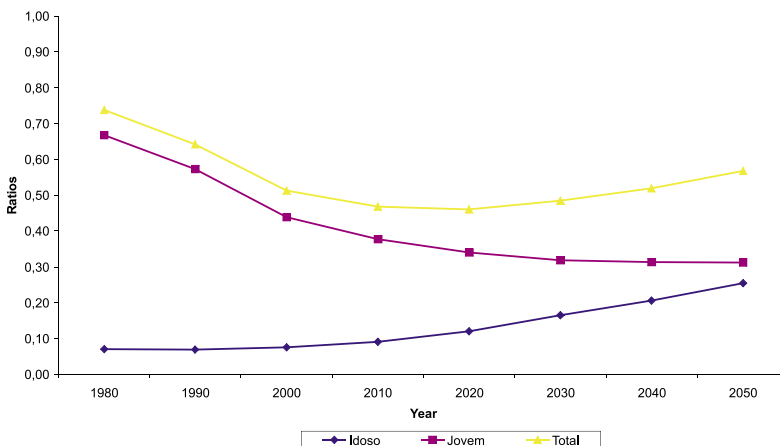
4 Evolução dos Componentes da Simulação

4.1 Dinâmica Demográfica

A razão de dependência é a forma mais comum de se mostrar o peso da população dependente para a população em idade ativa. A razão de dependência dos idosos (RDI) é dada pela razão entre a população acima de 65 anos com relação à população de 15 a 64 anos de idade. O inverso da razão de dependência é a razão de suporte. No Brasil, em 2000, a razão de suporte (população de 15-64 anos em relação à população de 65 anos e mais) é 11,6, ou seja, há 11,6 pessoas em idade ativa para cada idoso na população. Devido ao rápido processo de envelhecimento populacional, a razão de suporte no Brasil vai chegar a 3,32 em 2050.

A Figura 1 mostra a evolução da razão de dependência no Brasil entre 1980 e 2050. No final do século XX já se observava uma queda da razão de dependência decorrente da queda acelerada da fecundidade no Brasil. Entre 2000 e 2020, a razão de dependência cai significativamente, criando condições favoráveis para corrigir problemas do sistema de seguridade e do crescimento econômico – isso ocorre devido ao declínio da razão de dependência dos jovens. A partir de 2020, a razão de dependência volta a aumentar, mas desse período em diante o aumento da dependência dos idosos torna-se mais importante.

Figura 1: Razão de dependência etária; Brasil, população total 1980-2050



Fonte: IBGE, 2006

A razão de dependência e a razão de suporte são normalmente usadas para se estudar o envelhecimento populacional, pois são medidas fáceis de calcular e de interpretar. Entretanto, para se estudar o impacto do envelhecimento populacional sobre os sistemas de previdência necessita-se de uma medida mais adequada.

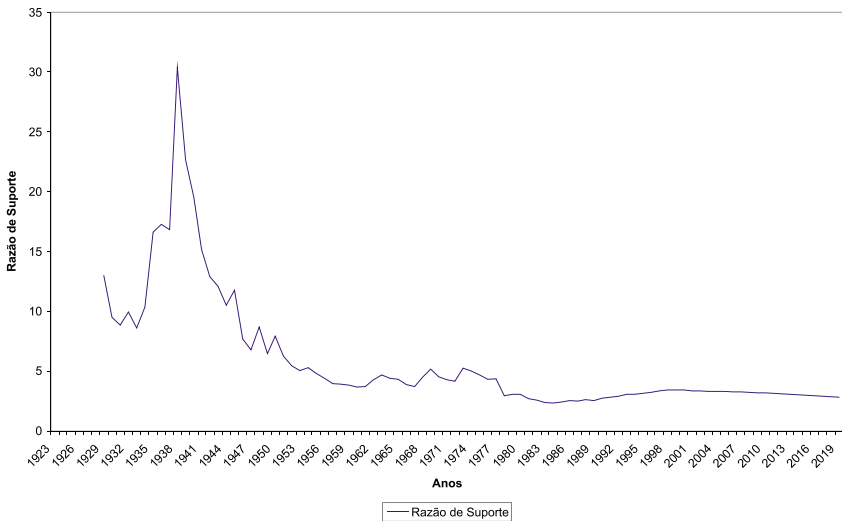
Os problemas da tradicional razão de dependência são dois: a) o número de beneficiários normalmente é maior do que a população acima de 65 anos – isso ocorre porque algumas pessoas se aposentam antes dessa idade devido a incentivos presentes na legislação ou por outro motivo – e b) o tamanho da força de trabalho é menor do que a população de 15 a 64 anos, uma vez que nem todos nessa idade estão empregados. No caso brasileiro, esse problema é ainda mais grave, pois grande parcela da força de trabalho encontra-se no mercado informal e não contribui para o sistema de previdência.

Um indicador mais adequado, usado por Turra e Queiroz (2005), é a relação entre o número de contribuintes do sistema previdenciário e o número de beneficiários do mesmo sistema. Essa razão é um dos principais determinantes do equilíbrio do sistema previdenciário no Brasil e será discutida com um pouco mais de detalhe a seguir.

4.2 Beneficiários e Contribuintes do Sistema de Previdência

A conjunção do envelhecimento populacional com o declínio da participação no mercado de trabalho causa sérios problemas aos sistemas de seguridade social no Brasil e no mundo. Os dados do Sistema de Seguridade Social são apresentados na Figura 2. Na figura é possível observar o ritmo de crescimento do programa no Brasil e a expansão dos benefícios em ritmo maior do que a contribuição. A razão de suporte calculada pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) fica próxima de dois contribuintes para um (1) beneficiário nos anos 1990, mesmo que a razão de dependência demográfica sinalize uma condição um pouco melhor.

Figura 2: Evolução da razão de suporte do sistema previdenciário no Brasil, 1920-2020



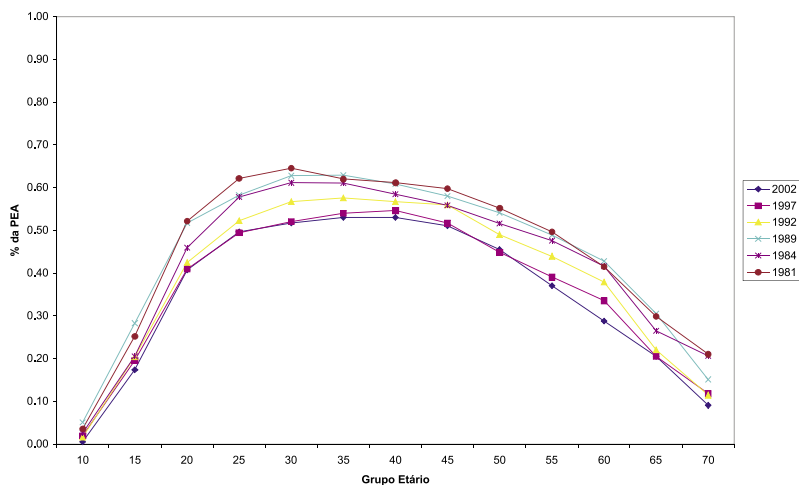
Fonte: IPEADATA, 2006

No caso brasileiro, o problema fica ainda mais grave ao se investigar o perfil etário dos contribuintes e beneficiários do sistema de previdência social. Os dados apresentados nessa seção foram estimados por Turra e Queiroz (2005) e Queiroz (2005) usando dados das PNADs. As PNADs contêm uma série de perguntas sobre a participação dos trabalhadores no sistema, mas possuem algumas importantes limitações (TURRA & QUEIROZ, 2006). A pesquisa pergunta a todas as pessoas que estão trabalhando se elas contribuem e/ou recebem benefícios previdenciários, entretanto não é possível identificar os diferentes tipos de benefícios existentes no sistema. Por exemplo, pode-se identificar que uma pessoa recebe aposentadoria por trabalho ou pensão por morte, mas não é possível identificar se a aposentadoria é por tempo de serviço, por idade ou faz parte de outro programa do sistema de seguridade (TURRA & QUEIROZ, 2006; QUEIROZ, 2005).

As Figuras a seguir (3 a 6) mostram o perfil dos contribuintes e beneficiários do sistema de seguridade no Brasil entre o início dos anos 1980 e o início de 2000, para homens e mulheres separadamente. Conforme dito anteriormente, na PNAD não é possível identificar que tipo de benefício o indivíduo está recebendo e sendo

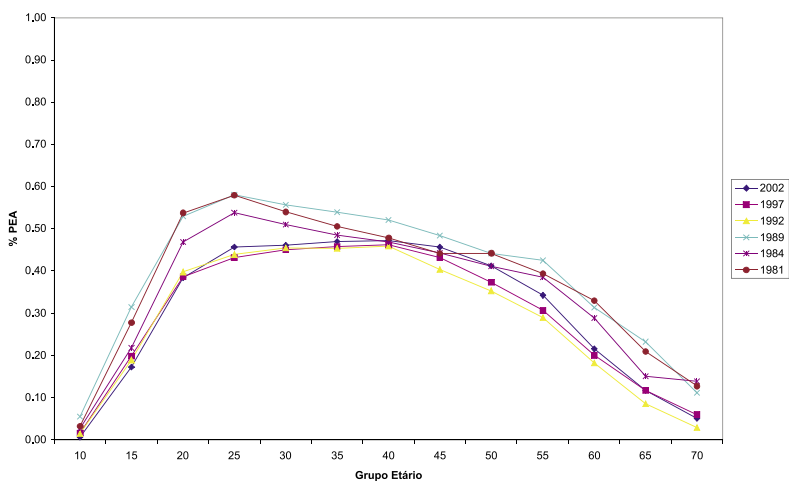
declarado como aposentadoria e pensão. A análise de dados administrativos sugere que boa parcela da população que recebe BPC declara receber uma aposentadoria e/ou pensão nas PNAD.

Figura 3: Contribuintes do sistema previdenciário no Brasil, homens, 1981-2002



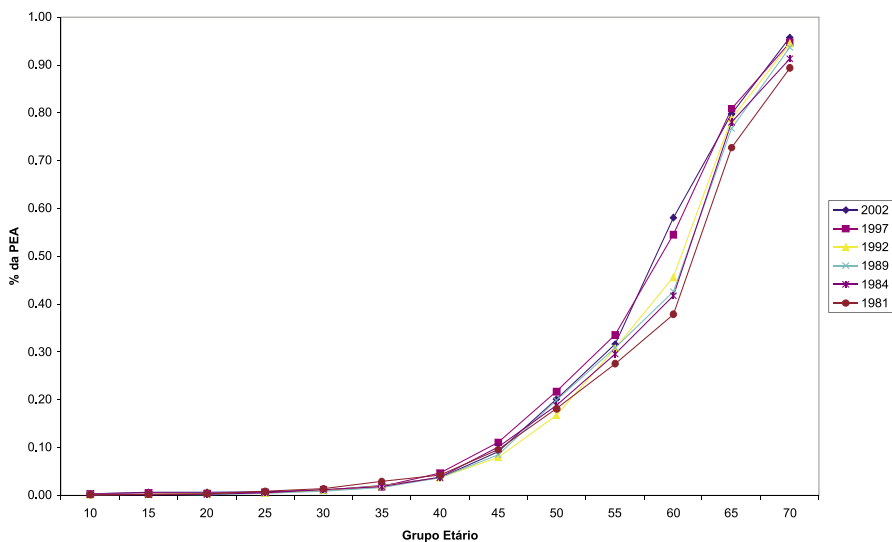
Fonte: IPEADATA, 2006

Figura 4: Contribuintes do sistema previdenciário no Brasil, mulheres, 1981-2002



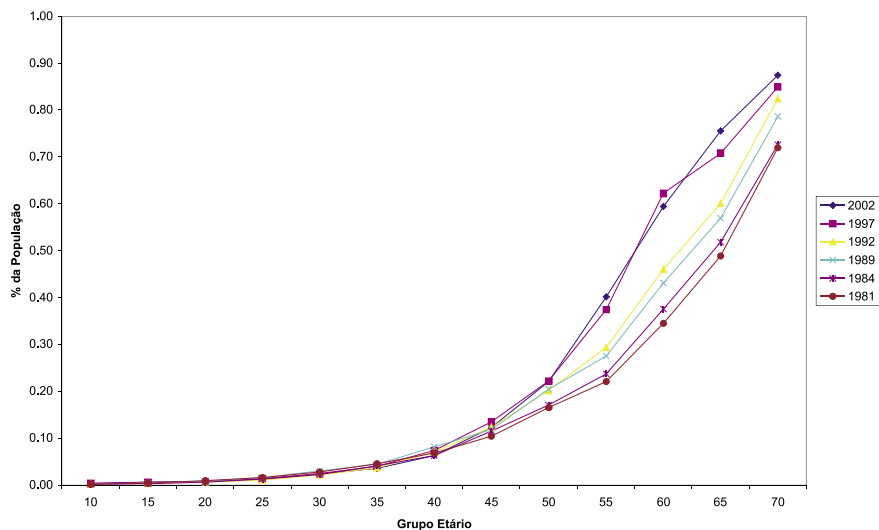
Fonte: PNAD, 2006

Figura 5: Beneficiários do sistema previdenciário no Brasil, homens, 1981-2002



Fonte: PNAD, 2006

Figura 6: Beneficiários do sistema previdenciário no Brasil, mulheres, 1981-2002



Fonte: PNAD, 2006

Os resultados mostram que em 2002, segundo dados da PNAD, quase 80% da população com idade acima de 60 anos recebia algum tipo de benefício. As figuras acima também mostram uma dinâmica interessante nas últimas décadas. Por um lado, o percentual de beneficiários aumentou para todas as idades. Aos 50 anos de idade, cerca de 20% da população recebia algum benefício em 2002, comparado com menos de 17% em 1980. Por outro lado, a taxa de contribuintes vem caindo gradativamente desde 1980. Entre os homens, apenas 50% da população economicamente ativa realizava contribuições previdenciárias em 2002, comparado com mais de 60% do início dos anos 80.

4.3 O Crescimento dos Beneficiários do BPC

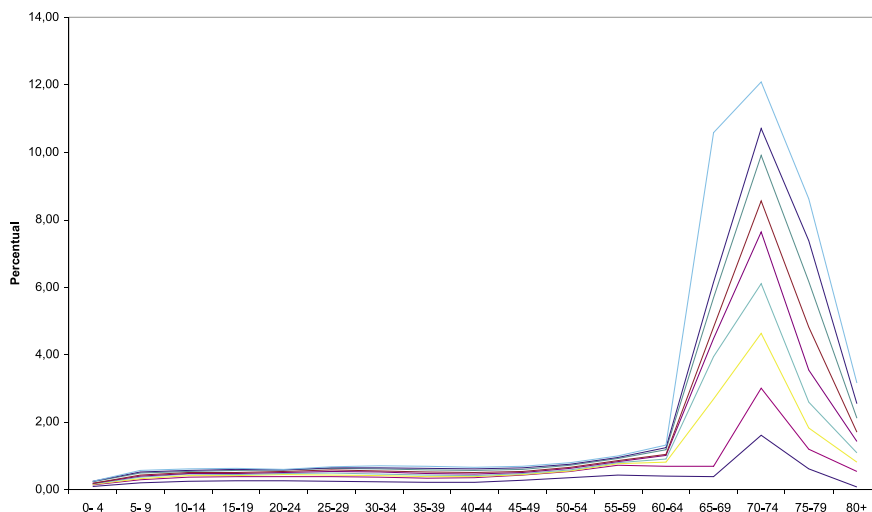
O BPC apresentou crescimento significativo nos últimos 10 anos. No final de 2004, o número de beneficiários atingiu um número seis vezes maior do que o número de pessoas recebendo o benefício em 1996, ano da introdução do Programa. O aumento do número de beneficiários deve-se principalmente à redução da idade mínima de elegibilidade. Na introdução do Programa, a idade mínima era de 70 anos, sendo reduzida para 67 em 1998 e para 65 em 2004, com a aprovação do Estatuto do Idoso. Uma outra importante mudança ocorreu em 2004: o Estatuto do Idoso passou a permitir que, no cálculo da renda familiar *per capita*, não seja considerado o valor do benefício já concedido a outra pessoa idosa da mesma família.

A Figura 7 mostra a evolução por idade dos beneficiários do BPC em relação à população total por grupos etários. Nota-se que, em 2004, mais de 10% da população entre 65 e 74 anos de idade recebia o benefício. Na figura, fica clara a expansão do Programa desde a sua criação, principalmente para os grupos mais avançados de idade. É importante ressaltar que, dentro do volume dos beneficiários do BPC, cerca de metade são pessoas com deficiência, mas a participação destes em relação à população total é relativamente menor do que a participação dos idosos.

A cobertura do sistema é mais fácil de ser medida em relação aos idosos que se qualificam devido ao nível de renda. A cobertura das pessoas com deficiência

é mais complicada devido à dificuldade em mensurar o número de dessas na população e ainda aquelas que poderiam se qualificar para o benefício.

Figura 7: Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada; Brasil, 1996-2004



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006

5 Resultados

5.1 Efeito do BPC sobre a Cobertura do Sistema de Seguridade (1996-2003)

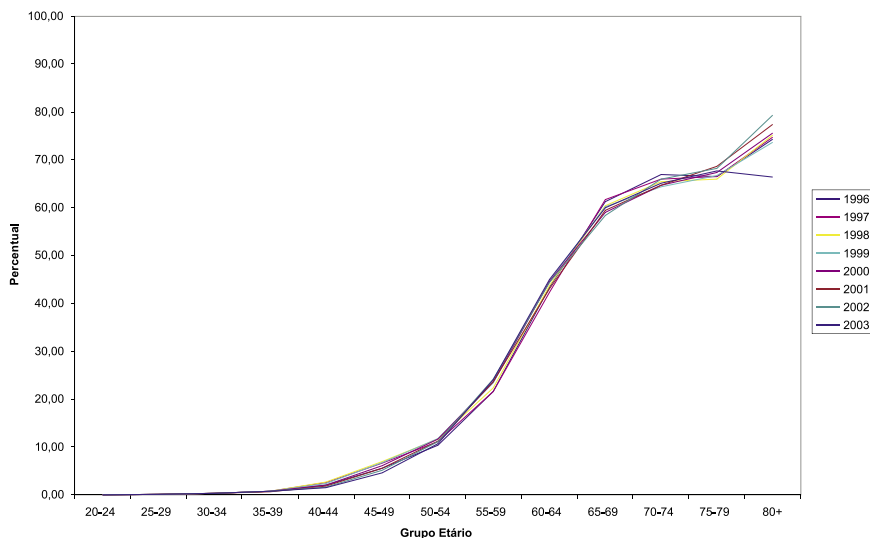
Nossa primeira pergunta é sobre o impacto dos beneficiários do BPC na cobertura do sistema de seguridade. Este cálculo é feito adicionando o número de indivíduos recebendo BPC aos beneficiários (aposentados e pensionistas) do regime geral da previdência. Dessa forma, é possível observar os efeitos da expansão do sistema de suporte aos idosos para o funcionamento do programa de seguridade social.

As figuras abaixo mostram a taxa de cobertura do regime geral de previdência e a taxa incluindo os beneficiários do BPC (pessoas com deficiência e idosos). As

taxas de cobertura são apresentadas para o período de 1996 a 2004, separadamente para o regime geral e incluindo os beneficiários do BPC e comparando os anos de 1996 e 2003 (último ano de dados disponíveis do regime geral da previdência).

A Figura 8 mostra a taxa de cobertura de aposentadorias e pensões no Brasil entre 1996 e 2003. A taxa de cobertura é calculada como a razão entre o número de pessoas recebendo benefícios de aposentadoria e pensão, de qualquer tipo, do INSS em relação à população total. A figura mostra uma dinâmica interessante nos últimos anos: o percentual de beneficiários aumentou em todas as idades. Entre 55 e 60 anos de idade, cerca de 25% da população recebia algum benefício em 2003, comparado com menos de 20% em 1996, e entre 60 e 65 anos de idade quase metade da população recebia benefício de aposentadoria ou pensão no Brasil.

Figura 8: Taxa de cobertura do sistema de seguridade social; Brasil, 1996–2003

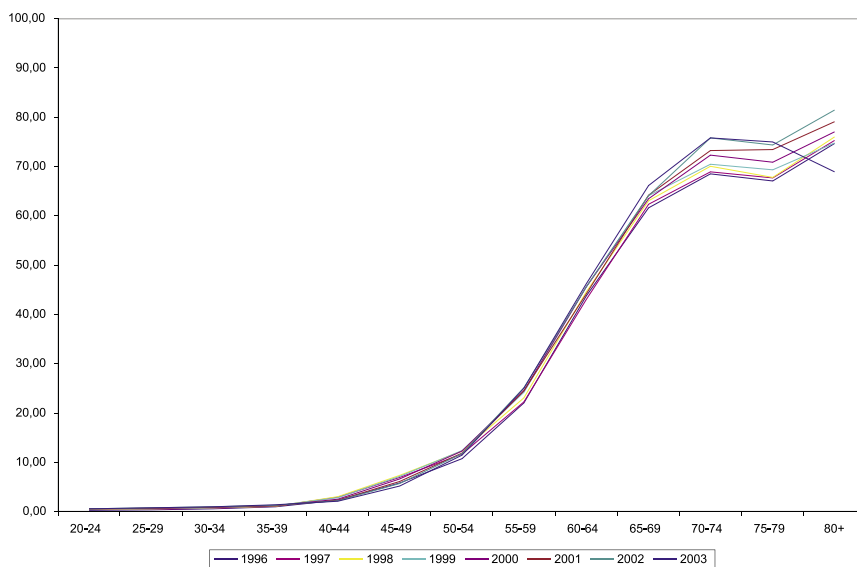


Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social (DATAPREV), 2006

A Figura 9 mostra a evolução da taxa de cobertura somando aos beneficiários da previdência (aposentadoria e pensões) as pessoas que recebiam o BPC. O efeito principal para a taxa de cobertura por idade ocorre na população idosa, já

que a cobertura e o percentual de pessoas com deficiência são baixos em relação à população total para afetar a relação. Com a inclusão dos beneficiários do BPC há um aumento significativo do grau de cobertura do sistema. A partir de 1998, com a redução da idade mínima para se qualificar ao BPC (de 70 para 67), a cobertura dos idosos acima de 65 anos de idade aumenta cinco pontos percentuais, o que equivale a um aumento de quase 10%.

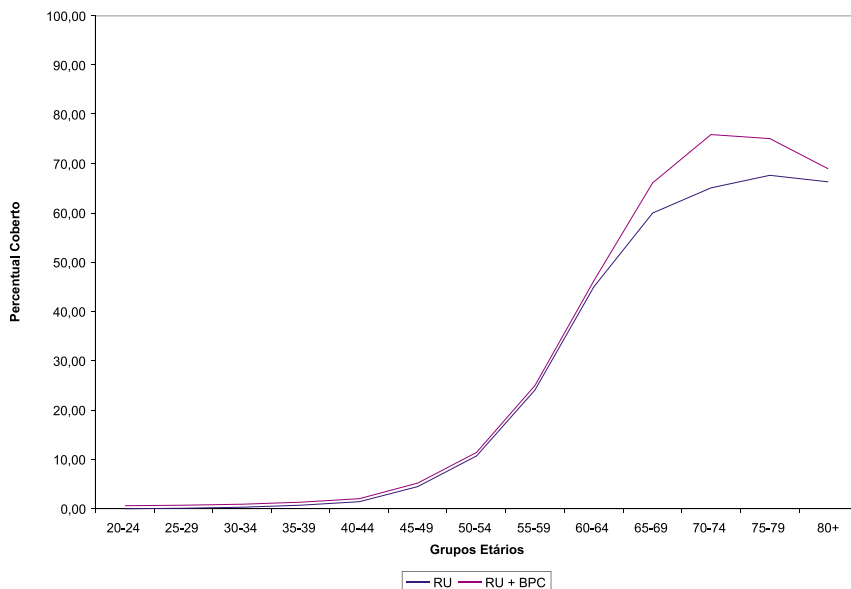
Figura 9: Taxa de cobertura do sistema de seguridade social incluindo beneficiários do BPC; Brasil, 1996-2003



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e DATAPREV, 2006

A Figura 10 apresenta uma comparação dos resultados apresentados anteriormente de forma mais clara. A figura mostra a taxa de cobertura, com e sem BPC, para 2003. A figura deixa claro o significativo aumento do grau de cobertura da população idosa no Brasil por algum tipo de benefício e mostra que, para as pessoas de mais de 65 anos de idade, o grau de cobertura aumenta cerca de 10 pontos percentuais. O efeito do aumento da cobertura sobre a razão de suporte, caso os contribuintes do sistema previdenciário fossem arcar com os custos do Programa, é significativo e será discutido com mais detalhes adiante.

Figura 10: Comparação das taxas de cobertura do sistema de seguridade com e sem a inclusão dos beneficiários do BPC; Brasil, 2003



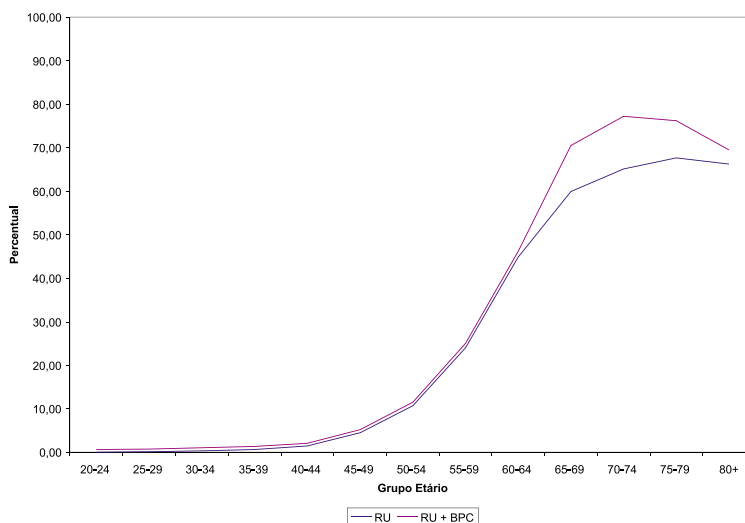
Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e DATAPREV, 2006

5.2 O Efeito da Redução da Idade de Elegibilidade

O segundo passo é avaliar como a expansão do Programa, ocorrida com a aprovação do estatuto do idoso, a redução da idade mínima de elegibilidade, a exclusão de indivíduos recebendo BPC do cálculo da renda *per capita* e a mudança no conceito de família, afetou o grau de cobertura por grupos de idade sistema (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006a). Assim como anteriormente, o grau de cobertura é medido pela relação entre o número de beneficiários e a população total em cada grupo etário.

A Figura 11 mostra os resultados para 2004. Os dados de 2005 para a cobertura previdenciária e para a cobertura do BPC ainda não estavam disponíveis quando da elaboração desse texto. A diferença mais marcante com relação a 2003 é para o grupo de 65 a 69 anos de idade. A cobertura nesse grupo salta de cerca de 60% para um pouco mais de 70%; em 2003, o aumento era de apenas 5 pontos percentuais.

Figura 11: Comparação das taxas de cobertura do Sistema de Seguridade, com e sem a inclusão dos beneficiários do BPC; Brasil, 2004



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e DATAPREV, 2006

O avanço da cobertura do BPC em relação à cobertura dos benefícios previdenciários pode ser vista comparando-se o número de pessoas recebendo o BPC com relação ao número de pessoas recebendo os benefícios previdenciários considerados nessa análise. O percentual sobe de cerca de 3% em 1996, ano da introdução do BPC, para 15% em 2004. Isso quer dizer que, para cada 100 pessoas recebendo benefícios previdenciários no Brasil, há 15 pessoas recebendo o benefício de prestação continuada. O salto na razão entre beneficiários do BPC e beneficiários da previdência foi de cerca de 20% entre 2003 e 2004. Entre 1999 e 2003 o aumento médio foi de 10%.

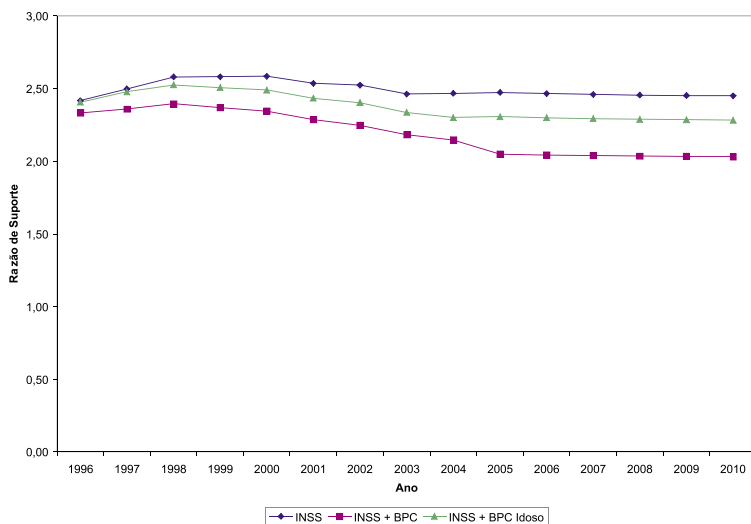
5.3 O Efeito do Benefício de Prestação Continuada na Razão de Suporte do Sistema Previdenciário no Brasil (1996-2010)

A segunda e importante pergunta de nossa análise é como o Benefício de Prestação Continuada afeta – e afetará – a razão de suporte do sistema de previdência no Brasil. Neste trabalho, consideramos a razão de suporte como o

número de pessoas contribuindo para a previdência social em relação às pessoas recebendo benefícios da mesma.

Os dados de beneficiários foram obtidos diretamente dos dados da Previdência Social e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A taxa de beneficiários foi calculada como a relação entre o número de beneficiários em relação à população total. O número de contribuintes foi calculado a partir dos dados da PNAD. A taxa de contribuintes é definida como o número de pessoas que declaram contribuir para a previdência na PNAD em relação à população economicamente ativa.

Figura 12: Razão de suporte do sistema de seguridade, com e sem a inclusão dos beneficiários do BPC; Brasil, 1996-2010



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e DATAPREV, 2006

A Figura 12 mostra a evolução da razão de dependência entre 1996 e 2004 nos dois cenários apresentados acima. A razão de suporte declina no tempo por uma série de fatores: queda no número de contribuintes da previdência social, aumento no número de beneficiários da previdência e expansão do BPC. O aumento da cobertura do BPC tem um aumento importante sobre a razão de suporte previdenciária. Em 1996, a diferença entre as razões de suporte era de apenas 3,6%, aumentando para quase 20% em 2004.

Na mesma figura também apresentamos a projeção da razão de suporte entre 2005 e 2010 e mostramos a razão de suporte incluindo apenas a projeção dos beneficiários idosos e a que inclui todos os possíveis beneficiários (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006). As projeções dos contribuintes usadas nas projeções das razões de suporte foram obtidas usando dados da PNAD e os dados dos beneficiários da previdência foram obtidos nos registros administrativos da Previdência Social. A projeção dos beneficiários do BPC foi feita pelo Cedeplar (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006). Sabe-se que há problemas em usar dados de fontes diferentes, mas não há registros administrativos dos contribuintes da Previdência Social para uma série de tempo tão longa quanto necessário. Por outro lado, a construção do número dos beneficiários usando dados da PNAD apresenta restrições, pois não é possível identificar o tipo de benefício recebido pelo indivíduo.

A projeção do público alvo do Programa Benefício de Prestação Continuada (BPC) para o período entre 2005 e 2010 envolve inicialmente a estimativa da população, por grupo etário quinquenal e sexo. Para estimar a demanda total ao Programa BPC, fatores a serem aplicados a estas estimativas populacionais foram calculados para gerar o número de idosos (com 65 anos e mais) e de pessoas com deficiência que satisfaçam as condições de elegibilidade do programa (MDS/CEDEPLAR/UFMG, 2006).

A demanda potencial do Programa BPC é formada pelo total de pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade ao Programa. Sendo assim, pode-se separar a demanda potencial entre as pessoas já atendidas pelo Programa (elegíveis atendidos) e as pessoas que ainda não são atendidas pelo Programa (elegíveis não atendidos). Para estimar os elegíveis não atendidos pelo BPC foram utilizados os microdados do Censo-2000. Uma vez que esta base de dados se mostrou insatisfatória⁸ para captar os elegíveis atendidos pelo BPC, eles foram obtidos a partir dos dados administrativos disponibilizados pelo DATAPREV/MDS.

8 No Censo-2000 existe uma questão referente ao recebimento de renda mínima, que inclui Bolsa Escola, BPC-idoso, BPC-deficiente e seguro desemprego. No entanto, este quesito não captou o número efetivo de beneficiários do BPC. O número de pessoas com mais de 65 anos que responderam receber, em 2000, programa de renda mínima com valor maior ou igual a um salário mínimo foram cerca de 10 mil, enquanto o número de pessoas efetivamente atendidas pelo BPC-idoso aproximava-se dos 400 mil.

Algumas dificuldades se apresentaram nesta etapa: identificação da família BPC, considerando o critério atual dado pela Lei n.º 9.720, de 1998, a partir das informações do Censo-2000; exclusão da renda BPC no cálculo da renda familiar mensal *per capita* nas famílias em que havia beneficiários do Programa que se declararam como aposentado – pensionistas; captar variações no número de elegíveis não atendidos dadas pelas mudanças nos critérios de concessão ocorridas entre 2000 e 2004.

A Figura 12 também apresenta a projeção da razão de suporte entre 2005 e 2010. O ritmo de queda da razão de suporte não é trivial. Os resultados mostram uma queda da razão de suporte total, incluindo INSS e BPC, reduzindo de 2,33 em 1996 para 2,03 em 2010. Ou seja, uma queda de 12% no número de contribuintes em relação ao número de beneficiários. Enquanto isso, a razão de suporte dos segurados do INSS permaneceria estável ao redor de 2,4. O efeito da queda na razão de suporte poderia ser mais lento ou mais rápido dependendo do ritmo de mudanças na taxa de contribuição. Os resultados apresentados anteriormente indicam uma piora da situação, já que o percentual de contribuintes vem caindo ao longo do tempo no Brasil. Além disso, não se conhece os efeitos da expansão do BPC sobre o comportamento dos contribuintes ao sistema de baixa renda. Não é irreal esperar que parcela significativa dessas pessoas deixe de contribuir para o sistema uma vez que podem se qualificar ao BPC quando atingirem 65 anos de idade.

O ritmo de queda da razão de suporte aumenta no tempo por uma série de fatores. O principal deles é o aumento do número de beneficiários do BPC a partir de 2005 com a inclusão das pessoas de 65 a 67 anos de idade e devido às mudanças nos critérios de elegibilidade a partir da introdução do Estatuto do Idoso. O aumento da cobertura do BPC tem um aumento significativo sobre a razão de suporte previdenciária. A partir de 2005, a diferença entre as razões de suporte, a previdenciária e a que inclui os beneficiários do BPC fica em torno de 20%.

6 Discussão e Conclusões

O estudo confirma uma série de estudos para países desenvolvidos (BONGAARTS, 2004) e em desenvolvimento (TURRA & QUEIROZ, 2005)

que afirmam que o processo de envelhecimento populacional e a estrutura dos sistemas de previdência pública apresentarão dificuldades de sustentabilidade no futuro próximo.

O aumento dos gastos com previdência social, de forma geral, deve-se em grande medida ao aumento do número de beneficiários em relação ao número de contribuintes. No Brasil, o estudo mostrou que a razão de suporte do sistema cai de 2,33 contribuintes por beneficiário em 1996 para 2,03 em 2010. A razão é próxima à observada em países desenvolvidos que apresentam processo de envelhecimento populacional mais avançado do que o brasileiro e possuem sistemas de previdência mais maduros que o nosso.

A deterioração da razão de suporte no Brasil pode ser explicada por: envelhecimento da população, aumento da generosidade do sistema, redução do número de contribuintes e a criação de programas de benefícios não-contributivos. No último caso destaca-se o Benefício de Prestação Continuada. A cobertura do BPC, tanto para idosos como para pessoas com deficiência, vem aumentando significativamente nos últimos anos. Se em 1996 para cada 100 beneficiários do INSS havia apenas três beneficiários do BPC, em 2004 esse número aumenta para 15. Entre 2003 e 2004, essa razão aumentou 20% e, segundo as projeções do Cedeplar, espera-se que esse número aumente ainda mais.

O efeito demográfico – envelhecimento populacional – sobre o sistema de previdência é mais difícil de evitar dada a dinâmica recente observada no Brasil. Além disso, os programas de transferência de renda para os idosos e deficientes são bem-vindos e têm significado importantes melhoras na vida desses grupos. Dessa forma, a alternativa para a redução, ou reversão, na deterioração da razão de suporte do programa brasileiro passa pelo aumento do número de contribuintes nos próximos anos (TURRA & QUEIROZ, 2005). Entretanto, o BPC pode ter um efeito sobre a taxa de contribuição de difícil mensuração. É razoável esperar que parcela dos contribuintes de baixa renda saia do sistema formal (INSS) na expectativa (realista) de poderem se tornar beneficiários do BPC. Há, na literatura, evidências sobre os efeitos dos sistemas de previdência social, de desemprego e auxílio à pessoa com deficiência na oferta de trabalho das pessoas tanto para países desenvolvidos como para países em desenvolvimento (QUEIROZ, 2005). Caso

esse comportamento seja observado no caso do BPC, e ele merece um estudo especial, o efeito sobre a razão de suporte será ainda maior do que o apresentado nesse trabalho.

7 Bibliografia

AFONSO, L. E.; FERNANDES, R. Uma estimativa dos aspectos distributivos da previdência social no Brasil. In: **Revista Brasileira de Economia**, v. 59, n. 3, 2005. p. 295-334.

BONGAARTS, J. Population aging and the rising costs of public pensions. In: **Population and Development Review**, v. 30, p. 1-23, 2004.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Livro branco da previdência social**. Brasília, 2002.

BURTLESS, G.; QUINN, J. **Retirement trends and policies to encourage work among older americans working**. Washington, DC: Government Printing Office, 2000.

COSTA, D. L. **The evolution of retirement: an american economic history: 1880-1990**. Chicago: University of Chicago Press, 1998.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. D. A despesa previdenciária no Brasil: evolução: diagnóstico e perspectivas. **Texto para Discussão do IPEA**, Rio de Janeiro, n. 57, 1997.

GIAMBIAGI, F.; CASTRO, L. B. D. Previdência social: diagnósticos e propostas de reforma. **Revista do BNDES**, v.10, p. 265-292, 2003.

GRUBER, J.; WISE, D. **Social security and retirement around the world**. Chicago: University of Chicago Press, 1999.

_____. **Social security programs and retirement around the world: micro-estimation**. Chicago: University of Chicago Press, 2004.

HOLZMANN, R. *et al.* **Implicit debt:** issues, measurement and scope in international perspective. Washington, DC: World Bank, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções populacionais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

LEITE, C. B. **Um século de previdência social:** balanço e perspectivas no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

_____. **Proteção social no Brasil.** São Paulo: LTr, 1986.

MEDICI, A. **The political economy of reform in Brazil's civil servant pension scheme.** Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2002.

QUEIROZ, B. **Labor force participation and retirement behavior in Brazil.** Berkeley: Universidade da Califórnia, 2005. Tese de Doutorado.

STEPHANES, R. **Reforma da previdência.** Rio de Janeiro: Record, 1998.

TURRA, C.; QUEIROZ, B. **Before it's too late:** demographic transition, labor supply, and social security problems in Brazil. Mexico: United Nations, 2005.

UNIVERSIDADE Federal de Minas Gerais. **Estimativa de crescimento do público alvo potencial do BPC para o período compreendido entre 2005 e 2010:** relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Cedeplar; MDS, 2006. [mimeo].

_____. **Estudo do impacto orçamentário das modificações da LOAS previstas no PL 3.055/97:** relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Cedeplar; MDS, 2006. [mimeo].

UNIVERSITY of Minnesota. **Integrated public use microdata series:** census microdata for social and economic research. Minnesota: Minnesota Population Center, 2005. Disponível em: <<http://www.ipums.org/>>. Acesso em: 10 jul. 2005.

WISE, D. Social security provision and the labor force participation of older workers. In: **Population and Development Review**, v. 30 Sup, p. 176-205, 2004.

**Avaliação do Programa de Combate
ao Abuso e à Exploração Sexual de
Crianças e Adolescentes – Sentinela**



Capítulo XII

Capítulo XII

Avaliação do Programa de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – Sentinela

Marlise Matos

Fátima Anastasia

Magna Inácio

Daniela Leandro Rezende

Mauro Lúcio Jerônimo¹

1 Apresentação

Qual é a real dimensão dos problemas do abuso e da exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes (ESCCA) em alguns municípios de nosso país? Como eles têm sido enfrentados pelo Estado brasileiro? Quais são os resultados produzidos pelo Programa Sentinela, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), cujas ações visam combater o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes?

As crianças e os adolescentes representam, no Brasil, cerca de 34% da população, o que, em números absolutos, significa um contingente de mais ou menos 57,1 milhões de pessoas. Cerca da metade das crianças e dos adolescentes do Brasil – 48,8% e 40%, respectivamente – é considerada pobre ou miserável, pois nasce e cresce em domicílios nos quais a renda *per capita* não ultrapassa meio salário mínimo (IBGE/PNAD, 2002).

1 Além desta equipe de coordenação dos trabalhos de avaliação do Sentinela, o Departamento de Ciência Política e o NEPEM agradecem a participação de outros alunos e alunas de graduação e pós-graduação da UFMG que estiveram, como estagiários ou voluntários, vinculados à plena realização desta pesquisa, entre estes: Ana Amélia de Paula Laborne, André Drumond Mello Silva, Fabrício Mendes Fialho, Fernanda Pereira Mendes Motta, Keli Rodrigues de Andrade, Luciana Santana, Marina Guimarães Paes de Barros, Murillo Marschner Alves Brito e Raquel Vilela Cecílio.

Segundo Hüning e Guareschi (2002)²,

“Um dos problemas-produto de nossa época tem sido a infância e a adolescência, ou talvez, mais especificamente, o menor como a outra identidade da infância. Como nos lembra Larrosa (1998), a Psicologia, assim como a Pedagogia, preocupou-se em constituir e capturar uma essência da infância traduzindo seus medos, suas satisfações, necessidades, seus modos de sentir e de pensar. Paralelamente a essa constituição de uma infância dita normal, tivemos a constituição de outras infâncias, como a infância ‘marginal’ ou a ‘infância de risco” (p. 44, grifos nossos).

Desta forma, a dita “infância de risco”, fenômeno que emergiu nas últimas décadas, passou a ser objeto de inúmeros programas sociais e instituições de assistência, assim como foco de intensa preocupação de nossas escolas e Estado, ocupados em garantir a educação, sobretudo pautada no eixo de uma certa “normalização da infância”. As crianças e adolescentes “em situação de risco social” passaram a desafiar os programas de educação tradicionais como os de nossas escolas e logo foram encaminhados aos programas especiais.

A mobilização da sociedade e a demanda por políticas específicas de enfrentamento da violência contra crianças começaram a abrir espaços na burocracia estatal até ganhar especificidade institucional. Em 1996, o Plano de Ação do Ministério da Justiça, proposto pela Secretaria dos Direitos da Cidadania, implementou as diretrizes do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA) para promoção e defesa dos direitos da criança e atribuiu ao Departamento da Criança e do Adolescente (DCA) a responsabilidade pela execução, em âmbito nacional, da política de defesa de direitos humanos da população infanto-juvenil. O item 12 das diretrizes desta política destaca o objetivo de “apoiar campanhas, ações e programas de atenção a crianças e adolescentes explorados sexualmente”.

Sabendo-se da gravidade e da extensão do problema, e dando cumprimento aos objetivos e às metas do DCA da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos/MJ, a sua diretoria, em 26 e 27 de agosto de 1999, apoiou a reunião de representantes dos grupos regionais ECPAT Brasil (*End Child Prostitution, Child Pornography and*

2 Ver HÜNING, Simone Maria & GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima, 2002.

Trafficking of Children for Sexual Purposes)³, para discutir o esboço do Plano Nacional de Combate à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, oportunidade em que assumiu o compromisso de coordenar o processo de elaboração do referido Plano. No período de 15 a 17 de junho de 2000, em Natal/RN, o Departamento da Criança e do Adolescente do Ministério da Justiça, contando com a secretaria executiva da Casa Renascer, realizou um encontro para discussão e aprovação do Plano Nacional. A criação do Programa Sentinela foi um dos resultados deste processo de negociação da sociedade civil com o Estado brasileiro. Ele foi então implementado a partir do ano de 2001, com a intenção fundamental de enfrentar e combater o abuso e a exploração sexual de crianças brasileiras.

Em 2005, o Departamento de Ciência Política e o Núcleo de Estudos (DCP) e Pesquisa sobre a Mulher (NEPEM), ambos da Universidade Federal de Minas Gerais, foram contratados pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI/MDS) para a realização de pesquisa de avaliação do Programa Sentinela, visando conhecer e analisar seu desempenho e seus resultados e, a partir daí, propor reformulações e aperfeiçoamentos no Programa.

Tal pesquisa foi desenhada e executada em dois eixos: um quantitativo, do qual resultou o Índice de Elegibilidade Municipal ao Programa Sentinela (IEMS, 2005) e o outro, qualitativo, organizado a partir da investigação sobre todas as fases de desenvolvimento do Programa em uma amostra de 14 municípios brasileiros (Quadro 1).

Este artigo tem por objeto a avaliação qualitativa (segundo eixo da pesquisa) do Programa, recentemente alçado à condição de “serviço” ou “ação continuada”⁴

3 ECPAT Internacional é uma rede internacional nascida na Tailândia que luta pelos direitos das crianças. Está encarregada de monitorar e registrar os progressos na implementação da Agenda de Ação de Estocolmo contra a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, assinada por governos de 161 países. Os membros da rede se reúnem a cada três anos para analisar os progressos e planejar estratégias globais de combate ao problema (ver <<http://www.ecpat.net>>).

4 Segundo a NOB/SUAS (p. 94), os “serviços” são “atividades continuadas”, definidas no art. 23 da LOAS, que visam a melhoria da vida da população e cujas ações estejam voltadas para as necessidades básicas da população, observando os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas nessa lei. A PNAS prevê seu ordenamento em rede, de acordo com os níveis de proteção social: básica e especial, de média e alta complexidade”; sendo que “Programas”, por sua vez, compreendem: “ações integradas e complementares, tratadas no art. 24 da LOAS, com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar, potencializar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais, não se caracterizando como ações continuadas”.

de proteção especial de média e alta complexidade, por determinação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS)⁵, de 2005. Em seu novo formato, o Sentinela transformou-se em uma ação continuada de enfrentamento do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes, desenvolvida através de consórcios ou serviços de referência regional, em que há previsões específicas de partilha e escalonamento da distribuição de recursos para co-financiamento desse nível de proteção social.

A avaliação aqui apresentada, no entanto, refere-se à formatação anterior do Programa e incide sobre sua contextualização, implantação, vigilância sócio-assistencial, gestão, articulação e transversalidade institucional em cada município estudado, a partir das informações e das percepções de alguns dos principais atores envolvidos – gestores públicos, técnicos e familiares de usuários.

Tendo em vista a reestruturação da política de assistência social no Brasil e, em seu âmbito, a reformulação do Programa Sentinela, espera-se que alguns resultados apresentados resumidamente neste artigo – e muito mais detalhadamente nos quatro relatórios de pesquisa apresentados ao MDS⁶ – venham contribuir para subsidiar as transformações em curso, bem como para rever e modificar procedimentos, regras, rotinas, hábitos e ações.

Este artigo está estruturado da seguinte forma: a primeira seção descreve a metodologia e o desenho de avaliação utilizado na pesquisa em foco; a segunda seção apresenta considerações sobre as condições gerais de atuação da rede de atores componentes do Programa Sentinela e pontua alguns desafios colocados;

5 A NOB/SUAS, de julho de 2005, “disciplina a gestão pública da Assistência Social no território brasileiro, exercida de modo sistêmico pelos entes federativos, em consonância com a Constituição da República de 1988, a LOAS e as legislações complementares a ela aplicáveis” (NOB/SUAS, 2005:85).

6 Além dos resultados da avaliação, tais relatórios contêm três conjuntos de propostas orientadas ao aperfeiçoamento da política, a saber: a) um “Banco de Práticas”, oriundo da experiência do trabalho de campo nos 14 municípios, onde são discriminadas, para os aspectos da implantação, da vigilância sócio-assistencial, da gestão e da avaliação e do monitoramento, “boas práticas” e “práticas não recomendáveis”; b) a proposta de um Módulo de Monitoramento e Avaliação do Sentinela, baseado nas metas e nos objetivos do “novo” Serviço Sentinela, com a proposição de uma cesta contendo indicadores básicos de: linha de base, estrutura e insumo, processo e resultados, e, finalmente, c) a proposta de “padrões mínimos” de implantação, de vigilância sócio-assistencial, de gestão e de avaliação e monitoramento que, por sua vez, podem subsidiar as ações do novo serviço Sentinela. Está claro que todos estes elementos não serão apresentados aqui.

a terceira seção apresenta os principais resultados obtidos na avaliação dos quatro eixos analíticos investigados e examina, além dos fatores contextuais dos municípios pesquisados⁷, os componentes de implantação, vigilância sócio-assistencial, gestão, articulação e transversalidade institucional do Programa Sentinela. Nas conclusões são retomados, sempre partindo das percepções dos entrevistados e de nossas observações de campo, aspectos e recomendações oriundos desse processo de avaliação.

2 O Desenho da Avaliação

Realizada no período compreendido entre novembro de 2005 e fevereiro de 2006, a avaliação qualitativa abrangeu os 14 municípios brasileiros descritos no quadro a seguir⁸. A estratégia de seleção dos municípios pautou-se na combinação de três critérios: a) ano de implantação do Programa Sentinela no município; b) nível de elegibilidade do município ao Programa e c) porte populacional. Com esses critérios buscou-se incluir no campo de análise municípios com diferentes matrizes de riscos e em diferentes fases de implantação da política nacional de combate ao abuso e à exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes.

7 Os fatores contextuais foram descritos e analisados, nessa etapa da pesquisa, a partir, exclusivamente, das percepções expressas pelos entrevistados, com ênfase para aqueles relacionados aos padrões de desigualdades sócio-econômicas.

8 Esta amostra foi fruto da elaboração da própria equipe de pesquisa, foi apresentada no Primeiro Relatório de Atividades em outubro de 2005 e contou com os seguintes critérios de escolha para os municípios: I – Tempo de Implantação do Programa no Município; II – A condição de elegibilidade municipal medida pela posição ocupada pelo município no ordenamento propiciado pelo IEMS (alta, média e baixa elegibilidades); III – O porte populacional do município, segundo PNAS 2004. Para os municípios participantes do Programa Sentinela e classificados como de “risco zero” pelo IEMS 2005, utilizou-se o critério de maior inclusão numérica de programas sociais no município. A amostra final, portanto, foi composta de 14 municípios, que perfazem 4,5% dos 314 que compunham naquele momento o Programa Sentinela no Brasil.

Quadro 1: Municípios avaliados segundo os critérios de seleção da amostra

Faixa de Elegibilidade (IEMS, 2005)	Implantação em 2001	Implantação em 2003	Nível de elegibilidade (IEMS 2005)	Porte Populacional
Alta	Manaus (AM)	Fortaleza (CE)	10	Metrópole
	Ilhéus (BA)	Maceió (AL)	10	Grande
	Corumbá (MS)	Formosa (GO)	10	Médio
	Laguna (SC)	Guajará-Mirim (RO)	10	Pequeno
Média	Nova Andradina (MS)	Porto Nacional (TO)	6	Pequeno
Baixa	Guarujá (SP)	Petrópolis (RJ)	4	Grande
	Implantação em 2002	Implantação em 2004		
Municípios SENTINELA com "RISCO ZERO" (IEMS, 2005)		Santana (AP)	-	Médio
	Godoy Moreira (PR)		-	Pequeno

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa Sentinela (DCP/NEPEM, UFMG e SAGI/MDS, 2005)

Dois procedimentos de produção de informações *ex post* foram utilizados: entrevistas semi-estruturadas (baseadas em roteiros pré-definidos) e análises de documentos e de dados administrativos produzidos no âmbito local do Programa. O desenho da avaliação pautou-se no *método da triangulação* que envolveu simultaneamente: 1) os *estudos comparativos de múltiplos de casos* (cada município constituindo-se em um caso, apresentado em Relatório de Campo específico, por sua vez, oriundo dos breves diários de campo elaborados pelas equipes que realizaram as visitas), 2) as *entrevistas face a face e semi-estruturadas* de validação e *observação de campo* e 3) a *análise documental* (seja ela proveniente da coleta nos municípios, seja aquela sobre o Programa Sentinela que nos foi previamente enviada pelo próprio MDS). Foi praticado um método misto de análise do material que obedeceu a uma lógica analítica que oscilava entre a adoção de categorias e indicadores de gestão e implantação previamente definidos e a *grounded theory*, procedimento teórico-metodológico onde são os próprios dados que orientam o pesquisador na escolha das categorias de análise. A produção das informações primárias incluiu o

conjunto de agentes implicados na execução do Programa Sentinela no nível local, no total de 301 entrevistas diferenciadas por segmentos⁹:

Quadro 2: Quantitativo dos entrevistados nos 14 municípios amostrados por tipo e porte populacional

Entrevistados - Categorias	Tipo	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte	Metrópoles	Total
Prefeitos, Secretários Estaduais, Coordenadoras do Sentinela e Ex-Coordenadoras, Promotores de Justiça, Delegados de Polícia, Juízes da Infância e Juventude, Vereadores (excepcionalmente Cônsul, Consulesa e Diretor de Imigração)	Gestores Públicos	19	15	23	26	83
Psicólogas, Assistentes Sociais, Educadores Sociais, Pedagogos, Atendentes/Recepcionistas, Motoristas	Equipes Técnicas	18	11	18	27	74
Representantes de Conselho Tutelar, de Direitos da Criança e Adolescente, da Assistência Social, Representante de Abrigo, de ONGs correlatas	Representantes da Sociedade Civil	21	15	30	36	102
Familiares e/ou Responsáveis pelos usuários	Familiares	11	7	10	14	42
Total		69	48	81	103	301

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa Sentinela (DCP/NEPEM, UFMG e SAGI/MDS, 2006)

⁹ Gestores públicos municipais e estaduais, quando possível, Secretários Municipais de Ação ou Assistência Social ou Desenvolvimento Social; Gerentes ou Sub-Secretários de Proteção Social Especial e/ou de Proteção à Criança e ao Adolescente; Coordenador Municipal do Programa Sentinela; 2) Presidentes e/ou Representantes dos Conselhos Tutelares, Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente e de Assistência Social; 3) Outros representantes do Sistema de Garantias de Direitos, de acordo com a especificidade de cada município, a saber: Juízes ou Promotores de Justiça; Delegados Especializados (de Proteção da Criança e Adolescente e de Proteção da Mulher); Comissários da Infância e Juventude, entre outros; 4) Representantes de ONGs vinculadas ao tema das crianças e adolescentes nos respectivos municípios; 5) Em alguns casos também foram realizadas entrevistas com representantes da área da saúde; 6) Toda a equipe técnica e alguns funcionários do Centro e/ou dos Serviços, a saber: além da coordenação do Programa, assistentes sociais, psicólogas, pedagogos e/ou educadores sociais, atendentes/recepcionistas, motoristas, e outros funcionários; 7) Representantes familiares e/ou responsáveis pelas crianças e adolescentes beneficiários do Programa.

Além da realização de entrevistas face a face, informações de fontes secundárias foram coletadas nos municípios, tais como: Planos/Projetos de Implantação que contenham o diagnóstico das áreas de vulnerabilidade e risco social, a descrição do(s) Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) em funcionamento no município, bem como a política vigente de recursos humanos; o Plano Municipal de Assistência Social; o Plano de Ação Anual da Assistência Social; um plano de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações de proteção social; a Lei Orçamentária Anual Municipal (LOA); e o Relatório Anual de Gestão. Também foram coletados materiais de campanhas e de divulgação para o público em geral, entre outros materiais.

O processo de análise do material coletado envolveu a codificação das entrevistas, utilizando-se o *software* para tratamento de dados qualitativos QSR NUD*IST, na sua versão N6 (RICHARDS & RICHARDS, 1991)¹⁰. Após a coleta e devida transcrição das entrevistas, os dados foram então analisados a partir da estratégia de fragmentação da informação em unidades menores e oriundas dos dois estágios de codificação, através do referido *software*. Estas fases de codificação foram as seguintes:

a) **Fase 1**, que compilou e categorizou todas as entrevistas a partir de suas questões centrais conforme estratégia de categorização que obedeceu à seqüência das questões formuladas pelo Roteiro de Entrevistas, levando-se, evidentemente, em conta os diferentes tipos de entrevistados. Nesta fase de codificação, em média 95% de todas as informações contidas nas entrevistas foram incluídas nas categorizações prévias. Para a Fase 2, vejamos as categorizações descritas nos Quadros 2 e 3:

10 O QSR Nud*ist N6 é um programa que facilita a organização, o processamento e a apresentação dos dados. A definição dos indicadores/códigos que, por sua vez, orientam os procedimentos de comparação e análise são frutos do trabalho da própria equipe de coordenação desta avaliação.

Quadro 3: Descrição das categorizações das entrevistas da primeira fase – gestores e equipe técnica

	Categoria	Perguntas referentes
Roteiro I - Gestores	Problemas do Município	1
	Determinantes e dimensão do problema da violência sexual	2 a 6
	Áreas de atuação	7
	Implementação	8 a 17 / 22 a 25
	Gestão	18 a 20 / 26 a 28
	Organização do processo de trabalho	29 a 36
	Obstáculos	37 e 38
	Boas práticas	39
	Relação entre os atores envolvidos com o programa	40
	Intersetorialidade	41 e 42
	Evolução dos indicadores sociais	43 a 45
	Absorção da demanda	46 e 47
	Relação do programa e seus efeitos com a dinâmica da violência sexual no município	48 a 54
	Monitoramento	55
	Desligamento	56 e 57
Sugestões	58 e 59	
Roteiro II - Equipe técnica	Gestão	1 a 7 e 21
	Atuação profissional	8 a 13
	Condições de trabalho e capacitação	14 a 17
	Procedimentos de atendimento	18 a 20 / 35
	Metodologia de trabalho	22 a 24 / 38
	Atividades desenvolvidas	26 a 32
	Sugestões	33/36
	Relacionamento com as famílias	34
	Evasão/desistência	37
	Acompanhamento dos atendimentos	38 e 40 / 46 e 47 / 50 a 55
	Instrumentos de gestão e organização dos dados	41 a 45
	Monitoramento	48 e 49
	Obstáculos	56 a 58
	Boas práticas	59
	Relação entre os atores envolvidos com o programa	60
	Percepção dos resultados	61
	Desligamento	62

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa Sentinela (DCP/NEPEM, UFMG e SAGI/MDS, 2006)

Quadro 4: Descrição das categorizações das entrevistas da primeira fase – famílias e representantes da sociedade civil

	Categoria	Perguntas referentes
Roteiro III - Famílias atendidas	Entrada no programa	1 a 3
	Atendimento técnico	4 a 6
	Percepções sobre o atendimento à criança	7 a 10
	Interação sentinela/famílias	11 a 13
	Encaminhamentos	14 a 18
	Acompanhamento escolar	19 a 21
	Visitas domiciliares	22 e 23
	Sugestões	24 / 33 e 34
	Resultados	25 a 32
Roteiro IV - Conselheiros e Representantes da Sociedade Civil	Problemas	1
	Determinantes e dimensão do problema da violência sexual	2 a 7
	Implementação	8 a 18
	Gestão	19 a 25
	Percepção sobre o processo de trabalho do programa	26 e 27
	Boas práticas	30
	Obstáculos	28 / 29
	Relação entre os atores envolvidos com o programa	31
	Intersetorialidade	32 e 33
	Evolução dos indicadores sociais	34 a 37
	Absorção da demanda	38 e 39
	Relação do programa e seus efeitos com a dinâmica da violência sexual no município	40 a 46
	Monitoramento	47
Sugestões	48 e 49	

Fonte: Pesquisa de Avaliação do Programa Sentinela (DCP/NEPEM, UFMG e SAGI/MDS, 2006)

- b) Fase 2:** Em seguida, as categorias foram agregadas em seis componentes do processo de implantação e gestão do Programa Sentinela em avaliação: 1) Contextualização; 2) Implantação; 3) Vigilância Sócio-Assistencial; 4) Gestão; 5) Articulação e Transversalidade Institucional e 6) Percepções dos Beneficiários¹¹.

11 No Anexo 1 é apresentado um organograma que permite visualizar melhor os vários sub-índices avaliados para cada um dos componentes nos municípios amostrados.

Com estas estratégias metodológicas foi possível encontrar resultados que permitem avaliar, com relação à implantação, gestão e percepção dos atendimentos, o contexto geral e o específico da atual situação do Programa Sentinela nestes 14 municípios. Um aspecto a ser destacado é que tais estratégias permitiram avaliar a dinâmica de interação entre os atores implicados na “rede sócio-assistencial de enfrentamento e combate ao abuso e à exploração sexual e comercial de crianças e adolescentes”. Essa dimensão torna-se crucial tendo em vista a natureza da intervenção em foco, orientada para um *wicked problem*, cujo enfrentamento requer a articulação de ações intersetoriais e interinstitucionais.

Cabe ressaltar que, dentre os critérios que balizaram a escolha da amostra, como já mencionado, o critério do porte populacional foi o mais discriminante com relação tanto aos elementos generalizáveis quanto às particularidades do processo de avaliação do Sentinela. Isto se deveu, em nosso ponto de vista, a alguns fatores:

- a) O tamanho populacional dos municípios parece ter forte influência, seja na dimensão e complexidade que o fenômeno da ESCCA adquire (conformando a “rede de exploração”), seja na magnitude e capacidade que o Estado e os demais atores da sociedade civil organizada possuem para enfrentá-lo (conformando a então designada “rede de proteção social, enfrentamento e combate”). O porte populacional também parece ser importante fator a afetar de modo distinto o dimensionamento e a grandeza das dificuldades e facilidades da contextualização que os municípios têm que enfrentar, (no nosso caso os problemas sociais, políticos e econômicos) e;
- b) Julga-se ser tal critério relevante para recortar a potencialidade das capacidades e das habilidades de distintos atores no que tange aos elementos de vigilância sócio-assistencial e gestão que se pretenda acionar no enfrentamento e combate ao problema.

11 No Anexo 1 é apresentado um organograma que permite visualizar melhor os vários sub-indicadores avaliados para cada um dos componentes nos municípios amostrados.

Cabe, também, voltar a insistir que a avaliação realizada se conformou em uma estratégia *ex post* e deu-se sem uma previsão no próprio escopo ou desenho da política em tela, ou seja, o processo de avaliação não integrava, como componente constituinte, o desenho inicial do Programa. Desta forma, as condições necessárias para uma avaliação de impactos ou resultados com base na comparação intertemporal não estavam presentes, como a definição de uma linha de base e avaliação *ex ante*. Assim, as análises de percepções dos familiares beneficiários não serão compreendidas como resultados e impactos promovidos pelo Sentinela nestes municípios, mas apenas como um quadro de descrições mais detalhadas a respeito das percepções dos usuários sobre os formatos e a dinâmica dos atendimentos recebidos.

3 Avaliação das Condições Gerais de Ação Percebidas e Encontradas na Rede de Agentes do Sentinela nos 14 Municípios: Um Breve Pano de Fundo

Para a sua execução em bases adequadas, o desenho do Programa Sentinela supõe a articulação de uma rede de agentes implementadores envolvidos em diferentes ambientes organizacionais. A atenção às vítimas de exploração e de abuso sexual – incluindo as portas de entrada e o fluxo de atendimento na rede de proteção social – supõe, portanto, a execução da política a partir de ações transversais ao longo de um complexo de instituições.

A promoção de tais condições requer, no entanto, a construção de capacidades de gestão voltadas para a articulação e a pactuação de uma atenção integral ao público-alvo do Programa. A construção destas capacidades assume especificidades importantes no caso do Programa Sentinela que devem ser consideradas na tarefa de avaliação: a) a implantação do Programa ocorreu em um contexto de reestruturação do arranjo institucional da Política Nacional de Assistência Social, que introduziu incertezas consideráveis ao processo de gestão nessa fase transicional; b) a presença de diferentes níveis de atribuições

e responsabilidades no interior da rede de combate à exploração sexual torna mais complexa a articulação dos agentes envolvidos em diferentes ambientes organizacionais – órgãos do governo local, conselhos e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e organizações não-governamentais.

Antes da apresentação de resultados para a avaliação dos eixos/componentes analíticos priorizados, destacamos alguns elementos importantes e gerais a respeito da conformação da rede de agentes implicados na execução da política no nível local. Seria impossível, no entanto, no escopo reduzido deste artigo, especificar para cada grupo de atores (gestores, equipes técnicas, agentes do sistema de garantia de direitos e demais membros da sociedade civil e beneficiários) as visões e percepções dentro de cada eixo analítico priorizado na análise.

Com relação aos *gestores públicos* observou-se um quadro muito heterogêneo de atuação. Em que pese a frequência de gestores mais qualificados nas grandes cidades e metrópoles, também encontramos trabalhos muito bons de gestão em município de médio e de pequeno porte. Contudo, é possível afirmar a presença de certo despreparo por parte dos gestores com relação às especificidades da temática violência sexual: exploração comercial e abuso sexual de crianças e adolescentes. Parte deles/as, sobretudo aqueles de nível hierárquico superior, se sentiu, no mínimo, desconfortável em tratar e discutir o Programa, sendo que esta percepção se diluía ao longo da cadeia hierárquica de gestão, vindo a diminuir bastante quando os informantes eram de área específica da proteção social especial e trabalhavam diretamente com crianças e adolescentes.

Enquanto implementadores da política, as equipes técnicas revelaram assimetrias importantes no que tange ao *policy learning*. A alta rotatividade das equipes técnicas e as diferenças sistemáticas de capacitação entre os profissionais em relação à temática “violência sexual” se traduziram em percepções fragmentadas, seletivas e descontínuas acerca do funcionamento do Programa. Aqui o viés de gênero precisa ser ressaltado: em nenhum município dessa amostra as três funções – assistência social, psicologia e coordenação – eram exercidas por figuras masculinas. Apenas na especialidade do educador social é que encontramos a presença de homens, evidenciando a predominância nas equipes do viés feminizante da temática, comum à própria área de atuação. São as mulheres que

estão à frente das equipes técnicas que efetuam os atendimentos do Sentinela, assim como também é evidente que são as figuras maternas (as mães e as avós das crianças vitimizadas) que buscam e permanecem nos atendimentos sendo que pais, ou outras figuras masculinas, estão fragorosamente ausentes deste contexto, ou pior, aparecem nele como agressores/ofensores.

Com relação aos demais agentes componentes do sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes – Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, Conselhos de Assistência Social, Delegacias Especializadas (da Mulher e da Criança Vitimizada), Juizados Especiais, Promotoria de Justiça e Comissariado da Infância – e membros da sociedade civil organizada, ficou patente, além da ausência quase que completa de articulação e diálogo entre eles, em alguns casos e sobre determinados aspectos, certa confusão e/ou sobreposição de papéis. Tais dificuldades de interação entre os agentes inviabilizaram, em muitos casos, a consecução de ações continuadas, articuladas e efetivas na direção da defesa e garantia dos direitos das crianças vitimizadas.

Os Conselhos, sejam os Tutelares, os de Garantia de Direitos, ou os de Assistência Social e também as instituições de abrigo visitadas, certamente, mereceriam estudo e avaliação à parte. A maioria das instituições de abrigo, independentemente do porte populacional de seus municípios-sede, se encontrava trabalhando em condições infra-estruturais precárias, algumas delas inclusive violando direitos fundamentais das próprias crianças e configurando-se quase como “locais de depósito”.

Em três municípios da amostra foi encontrada situação em que crianças (atendidas ou não pelo Sentinela) e, sobretudo adolescentes, se encontravam em situação, de fato, de privação de liberdade, não podendo sequer freqüentar escolas. Foi recorrente a percepção, apresentada por vários agentes da rede, de vieses autoritários e até mesmo policiaescos dos Conselhos Tutelares. Tais representações ocupam espaço no imaginário social das nossas cidades, repetindo equivocadamente representações sociais e ações em que se destacam as forças coercitivas e a compulsão à disciplinarização de mentes e corpos dessas crianças e adolescentes. Algumas vezes este esforço de se representar como “poder de autoridade”, observado em parte destas instâncias, pretende substituir (e no caso

dos Abrigos, de fato, substitui) a própria autoridade dos pais e familiares. O apelo que se fez perceptível no trabalho de campo é o de uma estratégia de substituir o que se detecta vagamente como um “vazio moral” deixado pelas famílias, pelo poder de coerção do próprio Estado, estes formatos híbridos de participação política e controle distanciando-se de suas verdadeiras funções de defensores, mediadores ou mesmo garantidores dos direitos infanto-juvenis.

As famílias entrevistadas de crianças e adolescentes usuários do Programa, todas indicadas diretamente pela coordenação dos respectivos municípios, formaram uníssono na defesa e na tentativa de destacar a importância do Programa em suas vidas. Como já podia ser previsto, em função mesmo da própria estratégia do recrutamento, os discursos foram bem assemelhados: inclusive o que mais se destacou neles foi a evidente situação de precariedade e de vulnerabilidade social destas famílias, na sua maioria muito pobres e desassistidas pelo poder público.

Entre os três poderes de nossa configuração democrática, é o Poder Legislativo que figurou como quase ausente nas articulações com o Programa. Foram poucos os municípios em que a participação dos representantes legislativos foi mencionada positivamente no sentido do enfrentamento da violência sexual. Em geral, a atuação dos representantes políticos no nível municipal não é destacada na implantação, gestão ou acompanhamento/monitoramento das ações do Programa Sentinela.

Outra discussão que mereceria um estudo pormenorizado é a precariedade dos procedimentos de coleta, processamento, armazenamento e tratamento de dados e informações. Muitos municípios não contam com suporte computacional, recorrendo a arquivos físicos, atas e pastas para registro das informações pertinentes, dificultando, sobremaneira, a intercomunicabilidade das informações necessárias à prestação de atenção integral às vítimas.

As ações sociais específicas e tão fundamentais quanto o Sentinela precisam operar como um sistema eminentemente em aberto, mas especialmente integrado, que necessita a todo tempo e momento negociar com pessoas, grupos e instituições aqueles recursos e ações necessários (não apenas financeiros) para sua própria continuidade e eficácia. Desta forma, constatou-se a urgência da capacitação

técnica, de seus gestores, em todos os níveis governamentais, e também das equipes que operam na ponta para que o trabalho não se esvaia em meio a um ambiente, inclusive institucional¹², onde as ações se fragmentam, desarticulam e terminam por vezes sendo realizadas de forma paralela, descontínua, desconectada, ou pior, em alguns casos nem são realizadas, a despeito da imensa boa vontade, determinação, compromisso e coragem de seus atores.

4 Principais Resultados Obtidos a Partir dos Eixos de Avaliação

4.1 Contexto, Implantação e Vigilância Sócio-Assistencial

Os 14 municípios estudados encontravam-se, no período da avaliação, em diferentes estágios de implementação da política de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes: seis deles aderiram à ela desde o seu primeiro ano de funcionamento (2001), outros seis municípios implantaram o Programa em 2003, um teve o Programa implantado em 2002 e outro em 2004.

Em que pesem as especificidades encontradas em diversos municípios, pode-se afirmar, partindo-se das percepções dos entrevistados e de dados não passíveis de apresentação no escopo deste artigo¹³, que todos eles replicam o quadro de acentuadas desigualdades socioeconômicas que atravessa a sociedade brasileira: altas taxas de vulnerabilidade familiar, com muitos domicílios chefiados

12 Meyer and Rowan (1991) argumentam inclusive que as organizações formais, no caso a face institucional da própria política pública de enfrentamento e atendimento às crianças vítimas de abuso e/ou exploração sexual "are complex networks of technical relations' being this organizations induced to incorporate taken for granted 'rationalized concepts of organizational work and institutionalized in society'" (p. 41). Desta forma, estamos considerando aqui que as pressões e a urgente necessidade da articulação entre os inúmeros atores envolvidos na política vão dizer, diretamente, de sua capacidade de adaptação e, por via de consequência, de sua própria sobrevivência. (HANNAN & FREEMAN,1977).

13 Para cada um dos 14 municípios aqui avaliados foi realizado extenso levantamento de indicadores sócio-demográficos com variáveis que incluíram tanto a vulnerabilidade econômica e social do município (utilizando-se as variáveis contidas no IDH-Municipal), quanto as vulnerabilidades dos domicílios existentes nestes. Estes dados estão apresentados nos relatórios entregues ao MDS.

por mulheres, elevados índices de adolescentes (15 a 17 anos) fora da escola e presença significativa do fenômeno do trabalho infantil.

Os entrevistados mencionaram recorrentemente as fortes clivagens socioeconômicas, o baixo dinamismo econômico, sobretudo dos municípios pequenos e médios, o desemprego e a pobreza, fatores que foram associados pelos respondentes à manifestação do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes.

Outros temas salientados pelos respondentes foram: falta de qualificação dos membros das famílias para o mercado formal de trabalho; migrações; grande frequência da gravidez adolescente no município; drogas; os graves déficits de informação da população; falta de opções culturais e de lazer, sobretudo para a juventude; graves problemas habitacionais e altos índices de violências, com destaque para a violência doméstica e intra-familiar, que tenderia, na visão de parte dos entrevistados, a gerar o que se definiu por “desestruturação das relações familiares”.

Os problemas políticos assinalados por grande parte dos entrevistados foram as disputas locais de poder, as flutuações de gestão e as constantes trocas de equipes nos órgãos públicos. Tais aspectos foram considerados como elementos desarticuladores e negativos à consecução das políticas, sobretudo as sociais. Alguns entrevistados mencionam, ainda, os efeitos perversos da captura e da instrumentalização das instituições, órgãos e serviços da rede sócio-assistencial por interesses político-partidários ou por outro tipo de interesses particulares. Eles consideram como importantes problemas políticos a pequena capacidade de intervenção dos cidadãos na determinação dos rumos da política municipal e na orientação as ações dos governantes eleitos, bem como a desinformação e o desconhecimento, por parte dos cidadãos, de seus direitos.

Parte dos entrevistados avalia negativamente o fato de a cidade permanecer “refém” das estruturas e dinâmicas do poder local, com sua política tradicional de barganhas e clientelismo. Na fala de uma representante da sociedade civil de um município de médio porte: *“ficamos por um longo período sendo administrados por dois grupos, naquele revezamento: saía um e entrava outro”*. Uma grave consequência

das constantes mudanças é, sem dúvida, a rotatividade nas equipes, que obedece à rotatividade dos escalões de governo.

Neste eixo da contextualização, os indicadores regionais de risco (áreas de fronteira, garimpos, zonas ribeirinhas, com turismo, com entroncamentos rodoviários etc.) se confirmaram como poderosos no que tange à predição de aumento de incidência nos casos de exploração sexual (mas não de abuso sexual). Neste aspecto da exploração destacou-se a classificação do IEMS dos municípios como alta, média e baixa elegibilidade (à exceção de Santana, no Amapá, que foi erroneamente classificado no IEMS com elegibilidade zero, mas que possui um grande porto fluvial e marítimo já em funcionamento) ao Programa Sentinela, confirmada pela visitação e avaliação dos municípios amostrados.

Outro elemento incluído no IEMS (2005) que se confirmou relevante na avaliação realizada em campo foi a real situação de vulnerabilidade das famílias. Em quase todos os municípios, os entrevistados deram bastante destaque ao tema: a expressão “desestruturação familiar” aparece recorrentemente e remete à diluição dos vínculos familiares ou à sua ameaça por condições de intensa vulnerabilidade social.

Os respondentes de todos os municípios referem-se, também, à falta de coordenação entre os entes federativos – União, estado e municípios – no desenvolvimento das políticas sociais, situação agravada pela escassez de recursos orçamentários para a provisão dos serviços sociais básicos.

A violência sexual contra crianças e adolescentes apresenta diferentes manifestações nas cidades pesquisadas em decorrência das variações relacionadas aos indicadores sociais, econômicos e políticos. Chama a atenção o fato de que a exploração sexual comercial é um fenômeno muito mais expressivo nos municípios do Norte e do Nordeste que conjugam vocação turística com padrões mais acentuados de pobreza e de desigualdade social. Em alguns destes municípios, o resultado desta equação (a exemplo de Manaus, Fortaleza, Ilhéus e Maceió) é o florescimento do turismo sexual e de todas as implicações decorrentes.

Já o abuso sexual parece ser, segundo a maioria dos depoimentos coletados, um fenômeno disseminado na sociedade brasileira, atravessando classes sociais

e fronteiras regionais, ainda que haja várias menções à sua alimentação pelo ingrediente da “cultura machista”. O quadro geral do abuso pintado pelos entrevistados nestes municípios é desalentador: este ocorreria, na maioria das vezes, dentro de casa, podendo ser caracterizado como fenômeno intra-familiar. O agressor com frequência é um parente – padrasto, pai, avô – ou vizinho. As vítimas, em geral, são crianças e adolescentes do sexo feminino, muitas vezes de tenra idade: houve registros de vítimas de 3 e 4 anos de idade e até de bebês. Embora com menor incidência, houve registros, também, de vítimas do sexo masculino, especialmente entre a população infanto-juvenil “de rua”. É muito aventada a hipótese de que o abuso sexual seja um fenômeno sub-dimensionado devido à “barreira do silêncio”. Os principais determinantes do abuso sexual, apontados pelos entrevistados, seriam: a “promiscuidade” resultante de valores ainda conservadores no que tange à dominação de gênero, a “desinformação” oriunda de contextos familiares onde se tenderia a naturalizar e banalizar a dominação e situações de violência sexual e a “desagregação familiar” vivida através da frequência maior de separações e de novos casamentos.

Em linhas bastante gerais, são essas as percepções das características contextuais apresentadas pelos entrevistados dos municípios estudados. Foi sob tais condições que se deu a implantação do programa e também o seu posterior desenvolvimento.

Foi bastante difícil obter dados precisos sobre a implantação do Sentinela, já que a maioria dos municípios não dispõe de informações sistemáticas sobre tal processo. Em alguns casos, recuperou-se essa memória entrevistando ex-membros das equipes ou gestores. Pode-se aventar a hipótese de que as frequentes trocas de equipes contribuem sobremaneira para tal perda de informações e registros.

Vale assinalar que as informações sobre a implantação e sobre os critérios que nortearam a escolha dos 314 municípios contemplados inicialmente com o Programa seriam de grande valia para a análise de seu desenvolvimento, de seus problemas e de suas potencialidades. Pode-se considerar que as seguintes pré-condições poderiam estar sendo observadas para a implantação do Programa em um determinado município: a) existência prévia do fenômeno (sua identificação e localização na cidade); b) gestão municipal motivada; c) existência de comissão

de enfrentamento que articula interesses e mobiliza atores, inclusive com a participação positiva de uma vereadora que estimulou o trabalho na direção da implantação do Programa e d) participação pró-ativa dos conselheiros e de outros membros da sociedade civil organizada.

No entanto, os entrevistados, quando indagados sobre o porquê do município ser escolhido para acolher o Programa, se limitavam a mencionar de forma vaga a existência de violência sexual contra crianças e adolescentes, o que não parece ser um fator discriminante, já que tal prática, especialmente na forma do abuso sexual, parece estar presente em todo o território nacional em todas as classes sociais. Ademais, muitas vezes, os relatos eram contraditórios ou truncados, atribuindo a diferentes instituições, gestores e políticos, a iniciativa de implantar o Programa naquela localidade.

Um dos componentes da Política Nacional de Assistência Social e uma das diretrizes do Sentinela é a territorialização das ações e dos serviços com base no mapeamento dos riscos e das populações em situação de vulnerabilidade social. As normativas do Programa pré-definem, como condição para a participação, a realização, por parte do proponente, de diagnósticos acerca da ocorrência de ESCCA e de abuso sexual em sua área geográfica. Essa condição sinaliza para a importância estratégica da informação como componente fundamental da política pública, seja para orientar a implantação do programa ou o acompanhamento das suas ações.

Um fator que pode intervir neste campo diz respeito às capacidades de gestão do governo local. A territorialização de riscos e vulnerabilidades requer a presença de capacidades relativas à produção, armazenamento e uso de informações por parte dos gestores (estaduais ou municipais), com graus de dificuldades distintos dependendo do setor de política. No caso da violência infanto-juvenil, particularmente a violência sexual, a realização de diagnósticos requer estratégias específicas de produção destas informações. Nessa direção, o foco deveria se dirigir para as condições que impactam a capacidade dos gestores para construir ou mobilizar as capacidades difusas da rede de atores envolvidos no enfrentamento à violência à criança e ao adolescente com o objetivo de construir uma base informacional adequada para a execução do Programa. Esta direcionalidade não

foi evidenciada em campo, já que em apenas três municípios tais diagnósticos prévios se fizeram presentes.

Com relação aos principais elementos da vigilância sócio-assistencial, foram encontradas, também, situações distintas entre os municípios. Naqueles em que a Comissão Municipal já estava constituída antes da implantação do Programa, foi onde se verificou a existência de determinadas estratégias prévias de “mapeamento” das situações concretas de violência sexual. Apesar de ser perceptível em vários relatos, a identificação (inclusive espacial, geográfica) de “locais foco” das ocorrências, especialmente as de exploração sexual, não apareceu sistematicamente, ou seja, é importante ter como uma rotina o mapeamento e a atualização freqüente dessas informações, de forma a subsidiar as ações do Programa.

Desta forma, foi mais freqüente não se detectar “o desenvolvimento de estratégias de mapeamento sócio-antropológico e demográfico dos espaços em que se encontram crianças e adolescentes em situação de exploração sexual comercial e a caracterização do perfil dos envolvidos” (MDS, 2003:02). Tal evidência revela ausência de uma atuação pró-ativa dos gestores, sejam estaduais, sejam nacionais, neste aspecto. Este fato vem a colaborar com o impacto negativo produzido pela relativa incapacidade dos próprios municípios, já que passaram igualmente a não se sentir compelidos à adoção de diagnósticos pautados nas estratégias de mapeamento e atualização das ocorrências.

Cabe mencionar, entretanto, que houve, em cinco dos municípios amostrados, a manutenção de “dossiês, com histórico de todo atendimento prestado, atualizados de forma que garanta a privacidade, o segredo e a inviolabilidade dos registros” (Op. Cit., 3). Porém, tais dossiês funcionam mais para balizar as reuniões de avaliação das equipes, com as discussões e os estudos de caso, do que como instrumentos de avaliação ou de monitoramento. Foi igualmente recorrente a inexistência de projetos iniciais de implantação para o Programa. Sabemos que a construção da capacidade de produzir e de acessar as informações acerca dos territórios para os quais as ações do Programa devem ser direcionadas, ao longo do ciclo de execução da Política no município, está relacionada ao foco e às estratégias adotadas. Estes procedimentos são quase inexistentes em relação ao Sentinela nestes municípios amostrados, sendo que as

equipes já se encontram assoberbadas pela demanda que chega aos Centros (sem as condições, então, de ação mais ativa de busca de tais ocorrências).

Com relação à vigilância, ações preventivas, difusas ou focalizadas foram estratégias recorrentemente adotadas em quase todos os municípios. Foi freqüente a explicitação da existência de campanhas de divulgação do Sentinela e de prevenção da violência sexual realizadas em datas comemorativas (carnaval, “dezoito de maio”, “sete de setembro”, exposições e feiras regionais etc.), e através de parcerias dos órgãos públicos com a mídia (em especial as rádios locais), a sociedade civil organizada e, em número menor de casos, com comerciantes da região (que costumam colaborar doando recursos para a elaboração de materiais de campanha).

De uma forma geral, observou-se a parceria do Programa com outros órgãos públicos e entidades da sociedade civil para a realização de passeatas e panfletagens junto à população, com apoio dos Conselheiros Tutelares e, menos freqüentemente, dos Conselheiros de Direitos da Criança e Adolescente, sendo rara a parceria com o Conselho da Assistência Social. Outras estratégias foram: visitas, debates e bate-papo nas comunidades, mobilizações através dos meios de comunicação (como rádios e jornais, em menor escala a televisão), divulgação do número de disque denúncia, panfletagem, palestras e peças de teatro em escolas, encontros com agentes de saúde e em hospitais, e até a realização de seminários municipais sobre a temática.

Em alguns municípios, percebeu-se o desenvolvimento ainda tímido de ações de “busca ativa” dos casos de exploração (realizados na companhia de outros agentes da rede a exemplo das polícias, Comissariado de Menores, Conselho Tutelar etc.). Parece, contudo, haver convergência na percepção de que o trabalho de prevenção é igualmente fundamental e deve correr “em paralelo” com os atendimentos realizados, mas também se reconhece muita dificuldade para fazê-lo e a necessidade de que exista material didático e pessoal qualificado disponível para tal fim (apenas em um município houve menção à existência de um Guia Escolar, produzido pela SEDH, que era utilizado pelos técnicos nas palestras de conscientização). Além de campanhas, foram identificadas algumas

iniciativas, também tímidas, de contato e parceria com agentes dos postos de saúde e hospitais.

A prevenção focal, por sua vez, pareceu ser uma estratégia menos adotada pelos municípios, mas que estaria se disseminando. Sabe-se que a postura de “esperar que as crianças cheguem” ao Programa pode ter efeitos negativos no que tange ao fenômeno da exploração sexual, já que é sabido que tais casos apenas excepcionalmente chegam de forma espontânea aos órgãos públicos.

No que tange ao Eixo Preventivo de atuação do Programa Sentinela, vale ainda assinalar seu maior desenvolvimento em municípios metropolitanos e de grande porte que, como se sabe, tendem a contar com sociedade civil mais organizada e com a presença mais constante de Fóruns que assumem parte substantiva das atividades de prevenção e de divulgação, mas sempre em parceria com membros das equipes técnicas do Sentinela.

4.2 Gestão, Articulação e Transversalidade Institucional

O primeiro aspecto a considerar nestes eixos refere-se ao tipo e ao nível de gestão para o qual o município foi habilitado no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, o SUAS. A condição de gestão do município define as diferentes competências e responsabilidades dos gestores na execução da política de Assistência Social, particularmente em relação aos pisos de proteção social. Tal componente diz respeito, igualmente, à gestão da política de assistência social em cada município, com foco nas características da rede sócio-assistencial existente no município e em seus impactos sobre o processo de implantação e de gestão do Programa Sentinela.

As normativas do Programa Sentinela prevêem a constituição de Centro(s)/Serviços de Referência ao combate ao abuso sexual e à ESCCA como a modalidade organizacional do Programa. Para os objetivos da avaliação, o grau de centralização ou de descentralização dos serviços e ações consistiu em um critério de diferenciação das modalidades de organização e funcionamento do Programa

nos municípios. As três modalidades encontradas foram: a) Centralizada (a.1. Serviços e ações realizados no Centro de Referência do Sentinela, exclusivamente pela equipe do Sentinela; ou a.2. Serviços e ações realizados no(s) Centro(s) de Referência da Assistência Social, exclusivamente pela equipe do Sentinela) e b) Descentralizada (Serviços e ações realizadas pela Rede de Serviços Sócio-assistenciais do município).

A configuração dessas modalidades foi avaliada tendo em vista: a) as condições de implantação e funcionamento do Sentinela nos municípios e b) os efeitos das mudanças na Política e nos arranjos institucionais da Assistência Social no Brasil. Em relação ao primeiro aspecto, a configuração da modalidade organizacional em foco foi resultado de diferentes trajetórias de implantação do programa nesses municípios.

Dentre os 14 municípios, nove possuem gestão municipal de nível pleno na assistência social e em cinco o nível de gestão é o básico das proteções afiançadas. Cabe menção ao fato de em alguns destes municípios a gestão estar sendo executada por Fundações e/ou ONGs, sendo que as conseqüências deste formato mereceriam igualmente outro estudo à parte. A gestão do Programa, em quatro dos cinco municípios de pequeno porte, é centralizada, constituindo-se em Centros de Referência onde se integram as ações do Sentinela com outras ações municipais. Em um deles, trata-se mais de um “serviço” (modalidade descentralizada, do tipo “b” acima) integrante das ações da assistência social. O funcionamento do Sentinela na maioria dos municípios de porte médio configura modalidades centralizadas de organização e de gestão do Programa. Diferentemente, em um município de médio porte, o Programa transitou dessa modalidade para a integração ao CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), onde a equipe de profissionais realizava os atendimentos.

Nos municípios pesquisados, a presença dos programas federais é significativa, particularmente os programas sociais mais capilarizados, como o Bolsa Família, o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Programa de Atenção à Criança de 0 a 6 anos (PAC). A focalização desses programas e benefícios no grupo familiar e/ou crianças e adolescentes fornece, portanto, as bases potenciais de articulação de ações integrais no nível municipal. Em alguns destes ainda há a presença do

Projeto Agente Jovem e apenas em dois foi encontrada a atuação conjunta com o Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto Juvenil no Território Brasileiro (PAIR).

A articulação das ações de proteção e de reestruturação do grupo familiar em situações de violação dos direitos foi fortemente destacada pelas equipes técnicas, principalmente em relação às interfaces entre os programas Sentinela, PETI e PAIF. No que tange à proteção social especial, é muito recorrente a proximidade com o PETI e boa parte da clientela Sentinela frequenta a jornada ampliada. O encaminhamento de beneficiários do Sentinela e a inclusão dos elegíveis nesse programa foram relatados por gestores e profissionais dos municípios como sendo relevantes, porém insuficientes no atendimento da grande demanda. Inclusive há relatos em dois municípios de que os beneficiários do Sentinela nem sempre têm prioridade nos atendimentos de outros programas.

Em relação aos serviços e infra-estrutura para garantir a proteção integral (acolhida e abrigamento), a rede sócio-assistencial de quase todos os municípios dispõe de abrigos municipais e de alguns poucos serviços ofertados por entidades beneficentes de assistência social, mas as condições dos mesmos se revelaram bem precárias (sobretudo os abrigos). Este foi um dos poucos pontos negativos salientados nas entrevistas com os beneficiários: o estrangulamento com relação aos encaminhamentos e seus resultados.

Os municípios também oferecem outros tipos de programas sociais em parcerias constantes com a Pastoral da Criança e com ONGs que atuam na área da proteção à criança e ao adolescente. De uma forma geral, a rede de proteção social nesses municípios, como de hábito, é relativa ao porte populacional dos municípios, sendo mais reduzida em municípios pequenos e mais ampliada nos grandes.

Vale mencionar aqui o caráter frequentemente “disciplinar” e “corretivo” que assumem alguns programas locais focados em crianças e adolescentes (em especial os de combate às drogas e às DST/Aids), sobretudo porque com bastante frequência estão vinculados a instituições religiosas e militares: em parte deles há a articulação já previsível entre pobreza, minoridade e “risco”, de modo que,

ser “menor pobre” já pressuporia algum tipo de desvio à norma, acabando por confundir as noções de *em risco* e *de risco*.

Entre os municípios avaliados, foi possível constatar ausência de uniformidade (e até algumas divergências) no que tange à metodologia estabelecida pelo Programa Sentinela: o processo e os procedimentos que envolvem o fluxo dessa política também necessitam passar por revisões, o que inevitavelmente inclui sensibilizar, desde gestores, equipes técnicas a atores da própria sociedade civil, para o fato de que o que deve “circular” no âmbito deste fluxo são as informações e os relatórios de casos (referidos aos atendimentos realizados), e não as próprias crianças vitimizadas. Este aspecto é absolutamente prioritário para se evitar que crianças e adolescentes sejam continuamente revitimizados e passem, mais uma vez, a ser “punidos” através de novas violências que se sobrepõem àquelas já perpetradas e dolorosamente vividas (parte das mães atendidas e entrevistadas ressaltou esse ponto como uma fragilidade no atendimento).

Cabe destaque, no que tange aos formatos do atendimento psicossocial e psicoterapêutico, que os órgãos gestores também deveriam priorizar ou estabelecer com mais critérios e rigor os formatos e as técnicas envolvidas. Foi possível identificar que em municípios mais próximos dos grandes ambientes de difusão do conhecimento (a exemplo da proximidade dos Sentinelas de Corumbá, de Petrópolis e de Fortaleza com grandes metrópoles e suas universidades) o Programa consegue estabelecer padrões, seja de recrutamento e capacitação de suas equipes, seja de atualização das técnicas envolvidas no atendimento, mais coerentes e sistemáticos de intervenção. Foram pouquíssimos os municípios que nos reportaram o conhecimento de técnicas de intervenção clínica e de atendimento para casos de violência sexual (a exemplo das “entrevistas de revelação”, utilizadas em Corumbá e Petrópolis). Mesmo que ao órgão gestor, em nossa opinião, não deva caber a tarefa de determinar qual técnica deva ser aquela adotada para os atendimentos (sobretudo os clínicos), entendemos que é seu papel fundamental (inclusive dos gestores estaduais e nacionais) apresentar as possibilidades e oferecer oportunidades de treinamentos e de qualificações.

Ainda em relação à metodologia de trabalho, identificou-se a especialização no atendimento com certo predomínio psicoterapêutico individualizado, que

parece muito mais voltado para os casos de abuso sexual, em detrimento de outras possibilidades e formatos possíveis: grupos terapêuticos, atendimentos vários à família etc. O que isto parece nos revelar é que não são tão freqüentes os atendimentos diversificados por equipe multiprofissional, os Sentinelas acabando por se concentrar em casos de abuso sexual e de outras violências (transitando para a sua dinâmica de individualização, e às vezes, patologização), em detrimento dos casos de exploração e das dimensão propriamente sócio-político-culturais atribuíveis ao mesmo.

Sabe-se que as condições de trabalho e os resultados alcançados pelo Sentinela têm relação direta com a articulação e a integridade das ações passíveis de serem alcançadas pela rede de proteção sócio-assistencial. Nas entrevistas, os usuários demonstram perceber e se ressentir desta falta. Nos municípios menores percebe-se a dependência quase absoluta do Sentinela da presença dessa rede: onde o Programa opera em quase isolamento e/ou desarticulado dos outros programas sociais, os entrevistados reportam muitas dificuldades para desenvolver e fomentar alternativas de “saída”, tanto para famílias quanto, e fundamentalmente, para as crianças e adolescentes (aspecto amplamente ressaltados pelos usuários). Onde a articulação e a integração entre os programas são maiores, as condições de atuação se encontram bem mais facilitadas. Foi possível perceber também que a presença física do Sentinela no âmbito de um espaço ou Centro onde coexistem outros programas potencializa tal articulação, assim como minimiza a estigmatização pela comunidade das crianças que são por ele atendidas. A estigmatização parece ser mais alimentada quando os usuários freqüentam um espaço físico específico que lhes possa conferir essa “marca”, seja da exploração seja do abuso sexual.

Em três destes municípios está em curso o processo de reestruturação da gestão dos programas, de forma a adequar a realidade do município às regras da nova NOB/SUAS, como atesta o seguinte relato de membro da equipe técnica: *“Em termos de ações eu percebo que há uma perspectiva de mudança. Agora, a maior perspectiva é assim nós estarmos criando o CREAS, nós estamos criando isso e aquilo, nós estamos articulando todos os programas sociais para que se mobilize e possa se fazer um bom trabalho.”* (técnica de município de pequeno porte). Todavia, nos outros 11 municípios visitados, nenhum gestor, técnico ou representante da sociedade civil

comentou ou demonstrou preocupação com mudanças realizadas pela adoção do novo formato de gestão da assistência social: alguns deles porque sequer sabiam de tais mudanças e outros porque, mesmo sabendo, não tinham ainda nenhuma informação sobre o que estaria acontecendo e não sabiam comentar a respeito.

Desta forma, as redes sócio-assistenciais presentes nestes municípios refletem os níveis de gestão municipal, mas também os diferentes ritmos do processo de implementação das diretrizes atuais da Política Nacional de Assistência Social. Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) estão implantados em três dos municípios pesquisados e em fase de construção, em outro, com as ações típicas do CRAS sendo executadas de forma “itinerante” nos centros comunitários municipais. Em um dos municípios de grande porte, segundo os entrevistados, os CRAS se conformam à estrutura dos cinco centros de Referência que atendem nas respectivas comunidades. O município conta também com um Centro de Referência com abrigo temporário (24 horas), inclusive para migrantes. Um gestor metropolitano fez questão de mencionar que há a previsão da criação (inclusive com a tentativa de inclusão no Plano Pluri-Anual – PPA) de seis CRAS que “*funcionariam como seis núcleos regionalizados de atendimento do Sentinela, com ações e recursos municipais, independente do financiamento do governo federal*”. Apenas em dois outros municípios, gestores mencionaram ainda a implantação da Ficha de Notificação de Maus Tratos e de Violência Doméstica nas escolas e nos Postos de Saúde e Hospitais. Nos outros municípios essas mudanças ainda estão em gestação.

5 Considerações Finais

Como já se pode antever, o Sentinela vai precisar construir, de fato, instrumentos estratégicos de articulação, mobilização, organização, manutenção e estabilidade de sua rede de enfrentamento e combate, de forma a ser capaz de controlar e fazer frente às adversidades contidas no contexto que, como vimos, é mesmo o de desarticulação, fraca integração e de baixa transversalidade e intersetorialidade nas ações, por motivos que muitas vezes escapam à responsabilidade do Governo Federal.

No que tange ao contexto no qual opera o Programa, a despeito das particularidades regionais que foram identificadas e confirmando os dados sócio-demográficos, pode-se constatar que o mesmo está em conformidade com as características que definem as condições sócio-político-econômicas mais gerais em todo o Brasil. São, justamente, tais características que somadas têm perpetuado com gravidade o problema da violência sexual contra as crianças e os adolescentes brasileiros. Deste ponto de vista, cabe destaque a uma conclusão relevante que diz diretamente respeito a este contexto: em todos os municípios visitados (à exceção de um, mas este serve, inclusive, como contra-exemplo) os indicadores regionais de risco (ser município turístico, ribeirinho, de fronteira etc) se apresentaram, de fato, como elementos determinantes na situação de exposição e risco à ESCCA.

Além do mais, cabe destacar o tema recorrente da “desestruturação familiar”, que foi acionado quase em unanimidade pelos entrevistados durante a avaliação. Este tema conduz a outra conclusão fundamental da avaliação e que diz respeito às condições específicas de implantação e gestão do Sentinela: a situação de não consideração relativa aos instrumentos e metodologias de controle/fiscalização, e mesmo de armazenamento e registro das informações produzidas pelo Programa. Para além do fato de não existir a cultura de acompanhamento e fiscalização das políticas públicas no Brasil, o que se pode concluir das visitas a estes municípios é que, nestes casos, o problema extrapola, e em muitas direções, essa dinâmica propriamente cultural. Uma de nossas conclusões é a de que a fiscalização e o acompanhamento das ações implementadas pelo Programa Sentinela são esparsos e pontuais.

Desta forma, foram encontrados municípios funcionando em relativo isolamento (que não é apenas geográfico) de qualquer instância maior de controle: a começar pela precariedade de algumas condições infra-estruturais encontradas e também da inadequação do espaço físico (sendo que em 11 dos 14 municípios não havia sequer um computador para o Programa), passando pela instabilidade e desarticulação dos membros da “rede”, atravessando as adversidades contidas na lógica clientelística e de barganhas do poder local, a precariedade dos vínculos e das formas de recrutamento das equipes, a falta de qualificação e atualização

técnica dos profissionais e a omissão e/ou lentidão dos principais agentes de responsabilização, o que se tem, a nosso ver, é um quadro muito grave.

Em que pesem as situações de destaque e quase “privilégio” de alguns dos municípios estudados, parece-nos claro que instrumentos de monitoramento devem ser reformulados e revistos.

A hipótese de que o Programa seria mais encontrado ali onde fossem verificados índices de exploração sexual comercial mais elevados não foi corroborada: constatamos a presença do Programa em pelo menos um município com elegibilidade quase nula, ao passo que, segundo a análise apreendida pelo IEMS (2005), existem municípios situados na faixa de alta elegibilidade que continuam sem acesso ao Programa.

No que tange às principais condições de implantação, quando estas foram passíveis de reconstituição no processo da avaliação, elas nos revelaram que, em boa parte destes municípios, o Sentinela “chega” sem a explicitação ou delimitação clara dos critérios que balizaram a escolha do município para receber o Programa, sendo que também faltam critérios equitativos para a definição do tamanho e número das equipes, havendo pouco planejamento prévio (seja da gestão local, seja da estadual) e pouca preocupação efetiva com o estabelecimento das condições básicas para o seu funcionamento (da infra-estrutura à capacitação e treinamento prévio de seus profissionais).

Foi igualmente raro encontrar prévia articulação da “rede” necessária, sendo que os seus atores principais parecem agir mais de forma fragmentada e, na maioria das vezes que se articulam, o movimento é mais espasmódico, episódico e não integrado e transversal. Apenas o município de Fortaleza demonstrou, através da forte presença do seu Fórum Estadual de Enfrentamento, determinação e disponibilidade para agir de forma contígua, contínua e concertada (a despeito do contexto de alguma disputa encontrada entre os dois Centros – o estadual e o municipal – desse município).

Resgatando a fala de uma gestora: “*olha, infelizmente a assistência social é a prima pobre das políticas e dos governos*”, o que foi possível evidenciar em campo, sobretudo através da comparação entre os três grupos de atores entrevistados é

que há muitas dificuldades na implementação de ações governamentais na área da assistência social. Como já afirmado, parte dos gestores, em especial aqueles de nível hierárquico superior (à exceção de alguns municípios menores), apresentou realmente dificuldade em analisar e avaliar o Programa, justo em função de suas especificidades. Além da relativa desinformação e o reconhecimento dos próprios atores envolvidos de que não há qualificação técnica compatível para a atuação profissional, em alguns casos, o Sentinela parece funcionar “*na persistência*” e na adesão moral de seu corpo técnico. E são justamente estes elementos aqueles prontamente identificados pelas famílias de beneficiários que reconhecem o Programa como uma porta privilegiada de entrada para as políticas públicas e de começo de saída para a sua situação de exclusão social.

Com relação às diferenças que puderam ser percebidas em relação aos portes municipais, o que se destacou foi a necessidade de que critérios diferenciados para tratar municípios de tamanhos diferentes sejam levados em conta, sobretudo no que tange à contratação de técnicos para as equipes, que, parece-nos claro, deveriam estar em número compatível com o tamanho da própria população municipal (em especial a de crianças e adolescentes). Esta seria uma das definições que poderiam, em um espaço relativamente curto de tempo, dar mais sustentabilidade e continuidade aos atendimentos. Outra reclamação realizada em uníssono pelos entrevistados referiu-se à precariedade dos vínculos de trabalho, bem como aos recorrentes atrasos nos repasses de recursos. Esperamos que a transformação do Sentinela em uma “ação continuada” possa surtir algum efeito positivo sobre este aspecto já tão conhecido e negativamente enfatizado em campo. Uma boa estratégia de continuidade seria a garantia de que estes contratos se efetivassem pelo prazo mínimo de dois anos, para que as equipes técnicas tivessem o tempo suficiente e o estímulo necessário para investimento real nas suas respectivas atuações.

Foi evidenciada igualmente insuficiência de estrutura e instrumentos para a realização das “buscas ativas” dos casos de exploração sexual nos municípios: boa parte dos centros aqui entrevistados não possuía instrumentos, nem operacionais (tais como equipes, carros etc), nem metodológicos (técnicas de abordagem, equipes capacitadas etc) suficientes para a realização das atividades, o que explica

em parte os patamares pífios dos atendimentos de casos deste tipo de violência; ou seja, constatamos que não há combate efetivo à exploração sexual também por falta de metodologias, capacitação e instrumentos adequados de trabalho.

A despeito das disparidades nos ciclos de implantação do Programa Sentinela, infelizmente não nos foi possível afirmar, partindo destes dados levantados, que mais tempo de implantação significasse necessariamente melhores condições de gestão. Sobretudo porque algumas gestões locais se encontravam ainda capturadas pelas mudanças e transições de governo, sobretudo ainda muito “reféns” de práticas clientelistas. As condições de melhoria de gestão em boa parte destes casos puderam ser mais facultadas ao envolvimento pessoal, particular de alguns atores, bem como ao contexto favorável a uma maior articulação, do que à estabilização e maior tempo de desempenho nos atendimentos e atividades pertinentes ao Sentinela.

Neste último sentido, cabe menção aqui às limitações ao encaminhamento dos beneficiários à rede de atendimentos: sobretudo naqueles municípios em que há uma rede muito pequena de programas sociais, sejam públicos, sejam oferecidos pela sociedade civil organizada (em especial aqueles voltados à vulnerabilidade dos grupos familiares), há precariedade nas opções para o encaminhamento das vítimas à rede de serviços e não há, de fato, um acompanhamento sistemático dos mesmos. Também constatamos que não é freqüente que haja prioridade nesse atendimento aos casos oriundos do Sentinela e que um grande obstáculo está no campo da orientação jurídica às famílias atendidas (em apenas dois municípios constatou-se a presença de advogado como membro da equipe, contratado pelo município para realizar tais atendimentos).

Como já salientamos, as iniciativas voltadas para a proteção básica, com foco na prevenção de situações de risco e fortalecimento dos vínculos familiares, foram relatadas, assim como iniciativas para potencializar as “estratégias de atenção sócio-familiar que visem a reestruturação do grupo familiar” (PNAS, 2004:30). Desta maneira, cabe destacar, finalmente, a relevância da articulação do Sentinela com o PAIF (ou outros programas que tenham no seu bojo o apoio sistemático às famílias), já que crianças e adolescentes “em risco” nos reportaram, como vimos, a famílias em condições igualmente precárias.

Destacou-se na avaliação a percepção de vários entrevistados sobre os efeitos da ausência ou da baixa intersectorialidade sobre o desempenho do Programa Sentinela. Mesmo quando os atores envolvidos se situavam como participantes de redes sócio-assistenciais mais integradas (a exemplo de Fortaleza e Corumbá), o grande desafio ainda a ser enfrentado era mesmo o da real e efetiva integração das ações, assim como a atuação transversal da política de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. Em todos os municípios visitados, este se constitui ainda num dos maiores problemas, já que, como amplamente destacado ao longo do artigo, a rede comporta diferentes centros gravitacionais, com impactos sobre as percepções acerca da atuação de cada ator da rede e em especial sobre a mobilização, que nos pareceu mais descontínua do que permanente.

Para finalizar, cremos que vale mais uma vez destacar a urgente necessidade da construção de instrumentos específicos para o acompanhamento do fluxo das ações interinstitucionais pelos vários agentes das redes de enfrentamento, no atual estágio do Programa e suas Ações, e em especial, pelos governos estaduais e federal. Destacariamos neste ponto a urgência de elaboração e ampla discussão dos Planos Municipais de Enfrentamento à Violência Sexual com as diversas secretarias municipais e todos os atores da rede (incluindo-se também, quando necessário, a elaboração do Código de Posturas da cidade como uma das formas de se combater o turismo sexual).

Vários entrevistados reconheceram que, para o desenvolvimento de ações integrais e transversais no âmbito do município e ao longo do arranjo federativo da política de assistência social, estes instrumentos necessitam ser elaborados, construídos e efetivados. Em que pese termos constatado a presença de uma força integrativa de solidariedade presente sobretudo no interior das equipes e de alguns Fóruns de Enfrentamento (em especial o de Fortaleza), há que se ponderar que esta “força”, desvinculada de ações concretas do estado, não consegue alcançar os resultados desejados de transversalização e integração. É indiscutível que há um papel muito relevante a ser desempenhado por uma esfera pública “politicamente influente” no tema da violência sexual perpetrada contra as crianças e os adolescentes (e na maioria destes municípios esta “esfera” ainda não se constituiu ou se consolidou). Contudo, vale destaque que ela é condição necessária, mas não

suficiente, para um equilíbrio dos esforços; o Estado, seja ele no âmbito federal, estadual ou municipal, não pode e não deve se furtar a esse papel.

6 Bibliografia

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Justiça; SEDH; DCA, 2001.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social: NOB SUAS**. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social: PNAS 2004**. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Relatório colóquio nacional sobre redes de atenção às crianças e aos adolescentes e às famílias em situação de violência sexual**. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Internacional do Trabalho, 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Diretrizes gerais para o processo de redesenho dos centros e serviços de atenção especializados, no contexto da implantação das redes de atenção, para criança, adolescentes e famílias em situação de violência sexual**. Brasília, DF, 2003.

HÜNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Tecnologias de governo: constituindo a situação de risco de crianças e adolescentes. In: **Currículo sem fronteiras**, v. 2, n. 2, Jul. p.41-56, 2002.

MEYER, Johan; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. In: POWELL, DiMaggio. **The new institutionalism in organizational analysis**. Chicago: Chicago Press, 1991.

THOMAS, J.; RICHARDS, L. Using computers in qualitative research. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**: thousand oaks. CA: Sage Publications, 1994.

Anexo 1

Componente 1 – Contextualização

- 1) Principais problemas sociais
- 2) Principais problemas econômicos
- 3) Principais problemas políticos
- 4) Determinantes e dimensões da exploração e do abuso sexual

Componente 2 – Implantação

- 5) Razões pelas quais o município foi escolhido para participar do Sentinela
- 6) Reconstituição do processo decisório relativo à implantação do Sentinela

Componente 3 – Vigilância Sócio-assistencial

- 7) Territorialização de riscos e vulnerabilidade: mapeamento prévio, modalidade e rotinas de atualização
 - :: Realização prévia de mapeamento de riscos e de vulnerabilidade à violência infanto-juvenil;
 - :: Mapeamento de riscos e vulnerabilidade à violência infanto-juvenil como instrumento de vigilância continuada:

- (a) Existência de rotinas de atualização do mapeamento de riscos e vulnerabilidade;
 - (b) Periodicidade das rotinas de atualização;
 - (c) Modalidades: “busca ativa”; levantamento junto aos órgãos de registro de ocorrências e de responsabilização; outras.
- 8) Ações preventivas: prevenção difusa: a classificação = campanhas, passeatas, outras, junto à população do município**
- (a) Periodicidade;
 - (b) Agentes envolvidos.
- Prevenção Focal: a classificação = campanhas de sensibilização junto aos públicos potenciais:
- (a) Periodicidade;
 - (b) Agentes envolvidos.

Componente 4 – Gestão

- 9) Tipo e nível de gestão e infra-estrutura da Assistência Social (número de CRAS em funcionamento no município; Programa PAIF; “Agente Jovem”; PETI; existência de centro de referência estadual do Programa Sentinela; existência de outros Programas Municipais de combate à violência infanto-juvenil; existência de instituições de acolhida e abrigamento)**
- 10) Modalidade organizacional**
- :: Centralizada:
 - (a) Serviços e ações realizados no centro de referência do Sentinela exclusivamente pela equipe do Sentinela;

(b) Serviços e ações realizados no(s) centro(s) de referência da Assistência Social exclusivamente pela equipe do Sentinela.

:: Descentralizada: serviços e ações realizadas pela rede de serviços sócio-assistenciais do município.

11) Integralidade das ações

:: Presença de procedimentos e rotinas de encaminhamento dos beneficiários do Programa Sentinela:

(a) Serviços de atenção médico-hospitalar;

(b) Serviços educacionais;

(c) Programas de transferência de renda federais e/ou municipais (discriminar): em especial o PETI e o Agente Jovem;

(d) Programas de Atenção Integral à Família – PAIF;

(e) outros programas e serviços sócio-assistenciais;

(f) Programas de capacitação profissional.

:: Qualidade dos procedimentos e rotinas orientadas para o desenvolvimento de ações integrais;

:: Existência no âmbito da Secretaria Municipal de Assistência Social de procedimentos institucionalizados de encaminhamento, registro e acompanhamento do atendimento dos beneficiários pelos diversos serviços e programas:

(a) Existência no âmbito do Programa Sentinela de procedimentos institucionalizados de encaminhamento, registro e acompanhamento do atendimento dos beneficiários pelos diversos serviços e programas;

(b) Existência de iniciativas pontuais e descontinuadas de encaminhamento dos beneficiários do Sentinela para serviços e programas.

12) Público-alvo

- :: Vítima de qualquer tipo de violência infanto-juvenil
 - :: Vítima de qualquer tipo de violência infanto-juvenil com prioridade para o atendimento às vítimas de violência sexual
 - :: Vítima somente de violência sexual.
- 13) Metas físicas de atendimento autorizadas pelo MDS e infra-estrutura física e material**
- :: Adequação do espaço físico para o atendimento
 - :: Diurno e diuturno, segundo a modalidade implantada no município:
 - (a) Especificar de acordo com as diretrizes do MDS (ver guia do Sentinela);
 - (b) Disponibilidade de equipamentos e recursos materiais (ver guia do Sentinela);
 - (c) Disponibilidade de meio de transporte ou recursos para assegurar a mobilidade da equipe e dos beneficiários (ver guia do Sentinela).
- 14) Recursos humanos: composição das equipes, formas de recrutamento, tipos de vínculo**
- :: Composição da equipe do Programa Sentinela por formação profissional e função exercida (indicar mudanças em relação ao número e perfil dos profissionais envolvidos desde a implantação do Programa);
 - :: Procedimentos para o recrutamento dos profissionais:
 - (a) Responsáveis pelo recrutamento;
 - (b) Procedimentos de seleção;
 - (c) Treinamento e capacitação inicial dos profissionais recrutados.
 - :: Categorias: funcionário público concursado; profissional contratado pela prefeitura por tempo determinado; profissional terceirizado; outros.

15) Recursos humanos: monitoramento da equipe, rotatividade e ações de capacitação

- :: Monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe:
 - (a) Responsável pelo monitoramento e avaliação;
 - (b) Procedimentos utilizados.
- :: Rotatividade dos profissionais da equipe do Programa Sentinela:
 - (a) Frequência com que tem ocorrido a substituição de profissionais;
 - (b) Tipificação da rotatividade: global (toda a equipe) ou individual;
 - (c) Motivos apresentados.
- :: Capacitação da equipe:
 - (a) Periodicidade da capacitação;
 - (b) Responsável pela oferta da capacitação (gov. federal, estadual, municipal; órgãos do sistema de garantia de direitos etc.);
 - (c) Modalidades de capacitação (presencial ou não; oferta pública ou privada).
- :: Abrangência:
 - (a) se abrange todos os profissionais do Programa Sentinela;
 - (b) se abrange apenas os profissionais especializados.

16) Atendimento: frequência, modalidade, metodologia

- :: Frequência do atendimento socio-psicológico aos beneficiários do Programa (semanal; quinzenal; mensal);
- :: Modalidade do atendimento - individual ou em grupo;
- :: Existência de metodologia específica para atendimento de casos de abuso sexual e para casos de exploração sexual.

17) Atendimento: fluxos e rotinas de atendimento

- :: Existência de um fluxo definido/determinado para o atendimento das crianças/adolescentes vitimizados(as);
- :: Oferta de atendimento socio-psicológico ao grupo familiar do beneficiário: todo o grupo familiar residindo com o beneficiário; somente pais; somente mãe/responsável (frequência semanal, quinzenal, mensal);
- :: Oferta de atividades sócio-educativas para os envolvidos diretos (beneficiário);
- :: Dirigidas para o beneficiário (individuais/grupais).

18) Atendimento: atendimentos ao grupo familiar e tipo de atividades desenvolvidas

- :: Oferta de atividades sócio-educativas para os envolvidos diretos (beneficiário):
 - (a) Dirigidas para o beneficiário (individuais/grupais);
 - (b) Dirigidas para o grupo familiar do beneficiário (individuais/grupais).
- :: Modalidades de atividades sócio-educativas:
 - (a) Atividades pedagógicas e lúdicas;
 - (b) Atividades de capacitação profissional.
- :: Espaço de realização das atividades sócio-assistenciais:
 - (a) Centro de Referência do Programa Sentinela (CRS);
 - (b) Centro de Referência da Assistência Social (CRAS);
 - (c) Instituições de abrigo;

- (d) Instituições educacionais;
- (e) Em mais de uma dessas.

Componente 5 – Articulação e Transversalidade Institucional

- 19) Rede de enfrentamento: órgãos componentes, padrão de interação e modalidades de ações desenvolvidas
- 20) Rede de enfrentamento: rotinas de avaliação e capilaridade das ações
- 21) Rede de enfrentamento: desempenho, boas práticas, problemas e resistências
- 22) Transversalidade institucional: envolvimento de agentes, processos decisórios e avaliação das ações interdisciplinares
- 23) Transversalidade institucional: contigüidade das ações interinstitucionais, resistências e obstáculos
- 24) Ações de monitoramento: tipos (processos e resultados) e resultados das ações de monitoramento.

Componente 6 – Percepções dos Beneficiários

- 25) Entrada no Programa
- 26) Atendimentos técnicos
- 27) Percepções sobre os atendimentos realizados com a criança
- 28) Interação Sentinela/famílias
- 29) Encaminhamentos
- 30) Acompanhamento escolar

31) Visitas domiciliares

32) Resultados e sugestões.

Este livro foi impresso pela Cromos Editora e Gráfica Ltda. em papel *off set* 90 g/m² e capa em papel *duo design* 250 g/m², utilizando as fontes *Adobe Caslon Pro* e *Imago Medium*, para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em maio de 2007.