

# **A DIMENSÃO TERRITORIAL E A PROTEÇÃO SOCIAL DOS IDOSOS USUÁRIOS DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO COREDE DO VALE DO RIO PARDO**

Rosane Bernardete Brochier Kist

Alice Raquel Piovesan

## **Resumo**

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade presente em países desenvolvidos, tendo se intensificado nas últimas décadas também em países da América Latina. O aumento significativo da população brasileira com idades a partir de 60 anos tem gerado grandes desafios para sociedade, para as famílias e para o Estado, especialmente no que se refere à constituição de políticas públicas que garantam a proteção social destes sujeitos. Neste artigo apresentam-se dados secundários sobre os idosos que vivem nos municípios que compõem o COREDE Vale do Rio Pardo, no Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Trata-se de um estudo descritivo com base no banco de dados secundários do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de (IBGE, 2010) e das informações disponibilizadas pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI, 2014), relacionadas com a população idosa usuária do Benefício de Prestação Continuada. Verificou-se a predominância de população idosa feminina, tanto no meio urbano como no rural, composta por 33.841 idosas, o que representa 56,28% da população idosa total dos 23 municípios analisados. Identificou-se, ainda, a predominância de idosos que recebem o BPC nos municípios de Pantano Grande (10,38%), de Rio Pardo (5,69%) e de Encruzilhada do Sul (5,00%), apontando a existência de índices mais elevados que aqueles identificados em nível estadual (5,02%) e nacional (9,01%), o que evidencia a importância deste estudo para a região do Vale do Rio Pardo.

**Palavras-chave:** Território. Proteção social dos idosos. Benefício de Proteção Continuada. COREDE do Vale do Rio Pardo.

## **1 INTRODUÇÃO**

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem recebido destaque nas últimas décadas e tem preocupando políticos, governantes, educadores, cientistas, pesquisadores e instituições voltadas para o atendimento dos idosos (MORAGAS, 1997). Estes debates e preocupações avançaram, também, em países em desenvolvimento, como o Brasil, devido ao envelhecimento acelerado de sua população que vem modificando as suas características de uma população jovem para uma população mais envelhecida. Este fenômeno pode se comprovar através das estimativas da

Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) ao evidenciar que até o ano de 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos.

Nos 23 municípios que compõem o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) do Vale do Rio Pardo este fenômeno também está presente, conforme pode ser observado através dos dados dos Censos Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas dos anos de 2000 e de 2010. Constata-se que houve um aumento significativo de idosos no COREDE, pois no ano de 2000 ele apresentava um número absoluto de 45.606 idosos, o que equivalia a 11,48% da população total, enquanto que, no ano de 2010, o mesmo apresentou um número absoluto de 60.120 idosos, o que representa um percentual de 14,37% da população total. Este crescimento da população idosa no COREDE do Vale do Rio Pardo representa, em números absolutos, um aumento de 14.514 idosos (as) em 10 anos, ou seja, um aumento considerável em um curto período de tempo, que tende a se intensificar com o passar dos anos.

Identifica-se, neste contexto, uma predominância de idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), de caráter assistencial, que integra o Sistema de Proteção Social Básica do Idoso. Neste sentido, realizou-se este estudo descritivo, com base em banco de dados secundários do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2000 e 2010 e das informações disponibilizadas pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI, 2014), buscando-se caracterizar a população idosa dos municípios que integram o Conselho Regional de Desenvolvimento (COREDE) do Vale do Rio Pardo.

A metodologia de dados secundários consiste na utilização de informações já existentes em outras fontes, coletadas, tabuladas e analisadas com o objetivo de produzir conhecimento a partir da conexão de dados antes dispersos nessas fontes (Gil, 2008). Estes dados, em especial demográficos, auxiliaram na realização da pesquisa oferecendo informações sobre os sujeitos analisados.

Este artigo está dividido em cinco itens, sendo que o primeiro deles apresenta alguns aspectos relacionados com o envelhecimento e a velhice, enfatizando a situação de vulnerabilidade social dos idosos. No segundo item explicita-se o Benefício de Prestação Continuada, de caráter assistencial, que integra a Proteção Social Básica do idoso através da Política Nacional de Assistência Social (PNI) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No item terceiro apresentam-se algumas características da população idosa que vive nos municípios do COREDE do Vale do Rio Pardo, evidenciando-se a população urbana e rural, bem como, os idosos usuários do BPC nos municípios analisados. No quarto item salienta-se a importância da perspectiva territorial na execução da Política Nacional de Assistência Social. Ao final, apresentam-se algumas conclusões sobre o tema abordado.

## **2 O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E A VULNERABILIDADE SOCIAL**

O envelhecimento populacional está associado às mudanças decorrentes principalmente dos níveis de mortalidade e de fecundidade, que se constituem em fenômenos que afetam a estrutura etária da população. Existem inúmeras razões que levam ao aumento da expectativa de vida da população, que são relacionadas a vários aspectos da vida das pessoas, como culturais, econômicos, sociais, psicológicos, entre outros. Esta realidade impõe ao Brasil o desafio de oferecer boas condições de vida e, com isso, qualidade de vida aos idosos que atingem idades cada vez mais avançadas (BULLA; KIST, 2009).

Há diferentes teorias sobre o envelhecimento, como biológicas, psicológicas, sociais, entre outras, que são importantes para compreender este fenômeno. Entretanto, mais importante do que a compreensão das teorias é a diferenciação entre o significado do *envelhecimento* e da *velhice*. O primeiro é considerado como um fenômeno em nível mundial e se refere ao processo natural do ciclo vital, da qual se reconhece que desde o nascimento se começa a envelhecer (PAPALÉO NETTO, 2006). Ainda, pode estar relacionado com as modificações de caráter irreversível que afetam o ser humano com o passar dos anos (MORAGAS, 2000).

Já a *velhice* é considerada como uma etapa específica da vida que está relacionada com a última fase do ciclo vital, delimitada por vários aspectos, não somente os biológicos, funcionais, psicológicos ou sociais, mas também, com as condições objetivas de vida que cada ser humano vivencia nesta fase específica (KIST, 2011). No que se refere aos sujeitos, a Organização Mundial de Saúde considera como idoso o indivíduo que possui 60 anos ou mais de idade em países em desenvolvimento, ou 65 anos ou mais em países desenvolvidos (OMS, 2002).

Há que se considerar, também, que existem diversas formas de chegar à velhice e de vivê-la (KIST, 2011). Alguns idosos, por exemplo, desenvolvem uma participação social intensa através de sua participação em grupos de convivência na qual possuem acesso à participação grupal, à cultura, ao lazer, ao respeito mútuo, ao aprendizado, à participação em processos sociais, contribuindo, desta forma, para o fortalecimento de sua cidadania. Aqueles idosos que não fortalecem este convívio social estão sujeitos ao processo de “envelhecimento social”, podendo perder sua autonomia, tornarem-se dependentes de seus familiares ou de instituições de longa permanência (BULLA; KIST, 2009).

O envelhecimento é um procedimento que apresenta mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, podendo ocasionar maior incidência de processos patológicos que podem leva-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 1996). Este processo é frequentemente lento e pode ocasionar a progressiva perda de contatos sociais gratificantes. É um processo que se inicia, tem seu ápice em algumas ocasiões e pode levar à “morte social”, fenômeno que corresponde ao isolamento e à completa ausência de relacionamentos pessoais, determinando situação de vulnerabilidade social devido à inexistência, ou quase inexistência, de suporte através das relações sociais com família, amigos, vizinhos.

O envelhecimento social ocorre assim como ocorre o envelhecimento biológico. O primeiro relaciona-se com os papéis que os indivíduos desempenham no decorrer de suas vidas, e que podem ser no âmbito familiar, social ou profissional. Todos estes papéis dão um sentido à vida dos indivíduos porque estes assumem responsabilidades, com direitos e deveres, possibilitando o exercício de sua cidadania, tanto no ambiente familiar quanto no ambiente profissional. Contudo, com o tempo, estes papéis vão desaparecendo, dando lugar a outros, que vão se reduzindo cada vez mais (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010).

Considerando-se, especificamente a realidade brasileira, há outro aspecto de extrema importância que deve ser considerado que se refere à desigualdade social, fruto de um modelo econômico mundial, que provoca um distanciamento entre as populações que possuem um nível socioeconômico mais elevado e aquelas que se encontram em situação econômica menos favorecida. Nesse sentido, evidencia-se que uma parcela significativa de idosos brasileiros não recebem a proteção social necessária em função de uma limitação dos serviços públicos e da prevalência de serviços informais, prestados, em sua maioria, por

familiares de idosos (KIST, 2011), estando, portanto, em uma condição de vulnerabilidade social.

O termo vulnerabilidade social é considerado um “termo emprestado” da área dos direitos humanos, utilizado para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (MIOTO, 2000). Castel (1998) evidencia que a vulnerabilidade social está diretamente relacionada com a ausência ou o enfraquecimento de suporte das relações sociais. Para o autor, a vulnerabilidade social é uma zona intermediária e instável, porque advém da precariedade do trabalho e da fragilidade dos suportes nas relações sociais de proximidade.

Nesse sentido, não há como desvincular o conceito de vulnerabilidade social da esfera da reprodução humana, ou seja, do campo do trabalho, especialmente, do trabalho precarizado. De acordo com Valla (2005), as pessoas que são submetidas ao trabalho precarizado tornam-se mais vulneráveis socialmente porque seu ritmo de trabalho tende a ser mais intenso e seu descanso menos regular, e qualquer acontecimento que impeça a pessoa de trabalhar implica na suspensão imediata de sua renda. Esta análise evidencia que a vulnerabilidade é uma “construção social” sendo determinada pelas “novas configurações” do capitalismo (AGUINSKY; FERNANDES; TEJADAS, 2009).

A vulnerabilidade acometida nas pessoas não é apenas de ordem econômica, como também se alia à fragilização de vínculos afetivos e relacionais, à ausência de referências de pertencimento social, devido às discriminações etárias, étnicas ou em função de alguma deficiência. A vulnerabilidade pode estar relacionada, ainda, com as experiências sociais vinculadas à violência, à vida segregada e à precariedade da representação política (ALMEIDA, 2005).

Conforme referido por Barros, Carvalho e Mendonça (2010, p. 187) a vulnerabilidade de uma família está diretamente relacionada com “[...] o volume adicional de recursos que ela requer para satisfazer suas necessidades básicas, em relação ao que seria requerido por uma família padrão”. Assim, ao se considerar uma família que possui um membro familiar que seja idoso, automaticamente pode-se dizer que a mesma se encontra em situação de vulnerabilidade, pois, a presença destes sujeitos incorre em despesas adicionais para a realização de seus cuidados cotidianos como alimentação, segurança e necessidades especiais de atendimento médico.

Os sentimentos, as atitudes, as relações sociais, as interações entre pobres e ricos, a experiência de resignação e/ou a subalternidade em relação aos outros são manifestações

menos tangíveis, mas que acabam por reforçar a situação de vulnerabilidade, cujas determinações, não sendo apenas de ordem econômica, relacionam-se dialeticamente a essa dimensão. Por essa razão, o âmbito da proteção social, na Política de Assistência, envolve mais de uma mera provisão de recursos materiais.

Nesse sentido, a proteção social na Política de Assistência Social está vinculada ao campo de riscos e de vulnerabilidades sociais, devendo, portanto, afiançar, além de bens materiais, meios para o reforço da autoestima, da autonomia, da inserção social, da participação social, da equidade, do protagonismo, da emancipação, da inclusão social e da conquista da cidadania (SPOSATI, 2004).

### **3 O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A PROTEÇÃO SOCIAL DOS IDOSOS**

Atualmente existem sistemas e organizações totalmente dedicadas a prever e a sanar riscos sociais que podem ser de natureza biológica, tais como a doença, a infância e a velhice, bem como, os riscos de natureza social, como o desemprego, a ausência de moradia e a perda de rendimentos. Um dos traços mais definidores das formas e sistemas de proteção social, dos mais simples aos mais complexos, dos mais informais aos mais institucionalizados, refere-se à transferência de recursos sociais, seja sob a forma de esforço ou trabalho, seja sob a forma de bens e serviços, ou sob a forma de dinheiro. No mundo capitalista, a proteção social e a canalização dos recursos sociais que lhe são necessários têm-se estruturado em torno de alguns eixos como a Saúde, a Educação, a Previdência, o Trabalho e o Emprego, a Assistência Social, entre outros, considerados como objeto de ações altamente especializadas (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008).

Os Sistemas de Proteção Social são formas institucionalizadas ou não, encontradas pelas sociedades humanas para enfrentarem as instabilidades de ordem social ou biológica, que coloquem em risco parte ou a totalidade dos sujeitos. Nesse sentido, encontram-se, mesmo em sociedades bastante simples, instituições que são responsáveis pela proteção social, tais como a família, as instituições religiosas e instituições comunitárias.

Os modernos sistemas de proteção social não são apenas respostas automáticas às necessidades e carências apresentadas e vivenciadas pelas diferentes sociedades, mas representam formas históricas de consenso político, de sucessivas pactuações que buscam

responder, especialmente, três questões principais: Quem será protegido? Como será protegido? Quanto de proteção? Estas respostas determinam a natureza dos sistemas de proteção social (SILVA; YAZBEK; GIOVANNI, 2008).

Assim como ocorreu em outros países da América Latina, o sistema de Proteção Social consolidado inicialmente no Brasil possuía um caráter contributivo, excludente e urbano, que contribuía para a reprodução das desigualdades sociais (SOARES; SÁTYRO, 2010). Constituído inicialmente a partir dos anos de 1930, período em que houve a mudança do modelo de desenvolvimento agroexportador para o modelo urbano-industrial, no período de ditadura militar (anos de 1964-1985), o Sistema de Proteção Social no Brasil apresentava programas e serviços criados para legitimar o caráter autoritário do Estado e aliviar a repressão social. A partir dos anos de 1980, especificamente com a Constituição Federal de 1988, se estabelece o Sistema de Proteção Social no Brasil com a criação da Seguridade Social (SILVA et al., 2008).

Desta forma, a partir do tripé da Seguridade Social, a Saúde passa a ter caráter universal, sendo considerada como um direito de todos e um dever do Estado; a Previdência Social passa a ser concedida mediante contribuição; e a Assistência Social passa a ser oferecida a quem dela necessitar (BRASIL, 1988). No Brasil, esta preocupação com o fenômeno do envelhecimento e, especialmente, com a população idosa que se encontra em situação de vulnerabilidade social, também está presente na constituição da legislação do país.

Neste sentido, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) foi previsto no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentado em 1993, através da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (BRASIL, 1993), sendo complementado e retificado pelo Decreto Federal nº 1.744 de 08 de dezembro de 1995, pela Medida Provisória nº 1.426, de 1996, e, posteriormente, pela Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998 (SPOSATI, 2004).

Ressalta-se que a partir da criação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), houve uma redução de idade para recebimento do benefício, passando de 67 para 65 anos, conforme previsto inicialmente na Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 1993). Além disso, a partir do parágrafo único do art. 34, que trata sobre o Benefício de Prestação Continuada, está estabelecido que a concessão do benefício a qualquer outro membro da família não deverá ser computada para fins de cálculo de renda familiar per capita.

Como referem Soares e Sátyro (2010, p. 26), a criação do Benefício de Prestação Continuada representou o reconhecimento explícito da pobreza como um *risco social*: “Ou seja, o risco social de pobreza passou a existir, pelo menos quando relacionado com outros riscos sociais que tornavam o indivíduo não apto para o trabalho, como a idade avançada ou a deficiência”.

O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2005), na qual o idoso passa a ser atendido através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), tendo acesso, também, a outros programas e serviços, especialmente o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos e o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

Os idosos recebem, também, a Proteção Social Especial, realizada nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que oferecem o atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de vulnerabilidade e de risco pessoal e social, em decorrência de situações de abandono, de maus tratos (físicos e/psíquicos), de abuso sexual, situação de rua, entre outros.

Através dos CREAS é realizada a Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade. A Proteção Especial de Média Complexidade oferece atendimento às famílias e indivíduos que possuam seus direitos violados, mas que ainda não tiveram rompidos seus vínculos familiares e comunitários, através da oferta dos seguintes serviços: orientação e apoio sociofamiliar, plantão social, abordagem de rua, cuidado no domicílio, serviço de habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência (na comunidade), e medidas socioeducativas em meio aberto.

A Proteção Especial de Alta Complexidade é direcionada a famílias e indivíduos que se encontrem sem referência ou em situação de ameaça, com necessidade de serem retirados de seu núcleo familiar ou comunitário, e garante uma proteção integral (moradia, alimentação, higiene e trabalho protegido), através dos seguintes serviços: atendimento integral institucional, casa lar, república, casa de passagem, albergue, família substituta, família acolhedora, medidas socioeducativas e privativas de liberdade e trabalho protegido.

No período de 2009-2010 foi criado o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SigPBF), que passou a integrar os demais sistemas operacionais da SENARC/MDS, bem como, foram alteradas algumas questões relativas ao acompanhamento das



condicionalidades. No ano de 2009 foi aprovada pela Comissão de Intergestores Tripartite da Assistência Social o “Protocolo de Gestão Integrada de Benefícios e Serviços” no âmbito do SUAS, da qual foram definidos procedimentos para o acompanhamento em âmbito familiar de beneficiários do PBF, do BPC e do Peti, que deverão ser realizados a partir dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS e CREAS).

A partir do Protocolo de Gestão Integrada de Benefícios e Serviços (MDS, 2009, p. 24-25) estão previstos alguns procedimentos para o atendimento das famílias beneficiárias do BPC, dos quais se destacam alguns relacionados com o atendimento de idosos:

- I. A equipe do CRAS ou equipe técnica da PSB deve atualizar, periodicamente, o diagnóstico do território, especificando a quantidade e as características das famílias com membros beneficiários do BPC e benefícios eventuais e os serviços socioassistenciais necessários para atendimento destas famílias;
- II. Serão atendidas, sobretudo, as famílias com beneficiários do BPC que se encontrem em situação de maior vulnerabilidade, dentre elas:
  - a. idosos ou pessoas com deficiência vivendo em serviços de acolhimento;
  - b. idosos ou pessoas com deficiência representados legalmente para fins de recebimento das parcelas referentes ao BPC;
  - c. idosos ou pessoas com deficiência que se encontram em situação de dependência e/ou sob cuidados de terceiros;
  - d. idosos ou pessoas com deficiência vivendo em situação de rua.

Por ser um benefício assistencial, para acessar ao BPC não é necessário que os usuários tenham contribuído com a Previdência Social. Tanto a pessoa com deficiência quanto o idoso devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. Para ter direito ao benefício deve ser avaliada a renda mensal per capita do sujeito, que não deve ultrapassar o equivalente a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente (BRASIL, 1993).

Constitui-se como um benefício individual, não vitalício e intransferível que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência (PCD), de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem ter obstruída sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A gestão do BPC é realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) através da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), responsável pela implementação, coordenação, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do

benefício. Os recursos para o custeio do BPC provêm da Seguridade Social, e são administrados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, sendo repassados ao Instituto Nacional de Seguridade Social<sup>1</sup>, através do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) (BRASIL, 2014).

O BPC é revisado a cada dois anos, o que requer a comprovação da permanência da condição econômica dos usuários e da necessidade de manutenção do benefício. No caso das pessoas com deficiência, além de comprovar a situação econômica, os mesmos necessitam realizar avaliação médica para comprovar a manutenção de sua incapacidade para o trabalho.

#### **4 A POPULAÇÃO IDOSA USUÁRIA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO COREDE DO VALE DO RIO PARDO**

O COREDE do Vale do Rio Pardo está localizado na região Centro-Oriental do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil e é composto por 23 municípios: Arroio do Tigre, Boqueirão do Leão, Candelária, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, General Câmara, Herveiras, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Mato Leitão, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Segredo, Sinimbu, Sobradinho, Tunas, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz, conforme pode ser observado na figura 1.

A população total do COREDE do Vale do Rio Pardo é composta por 418.141 habitantes, sendo que 60.120 possuem 60 anos ou mais, representando 14,37% da população total da região (IBGE, 2010). Este percentual é mais expressivo que o da população idosa total existente no estado do Rio Grande do Sul (RS) que corresponde a 13,65% (1.459.597 idosos) da população total de 10.693.929 habitantes, e supera, também, o de nível nacional, que totaliza 10,78% (20.590.597 idosos) da população total de 190.755.799 habitantes.

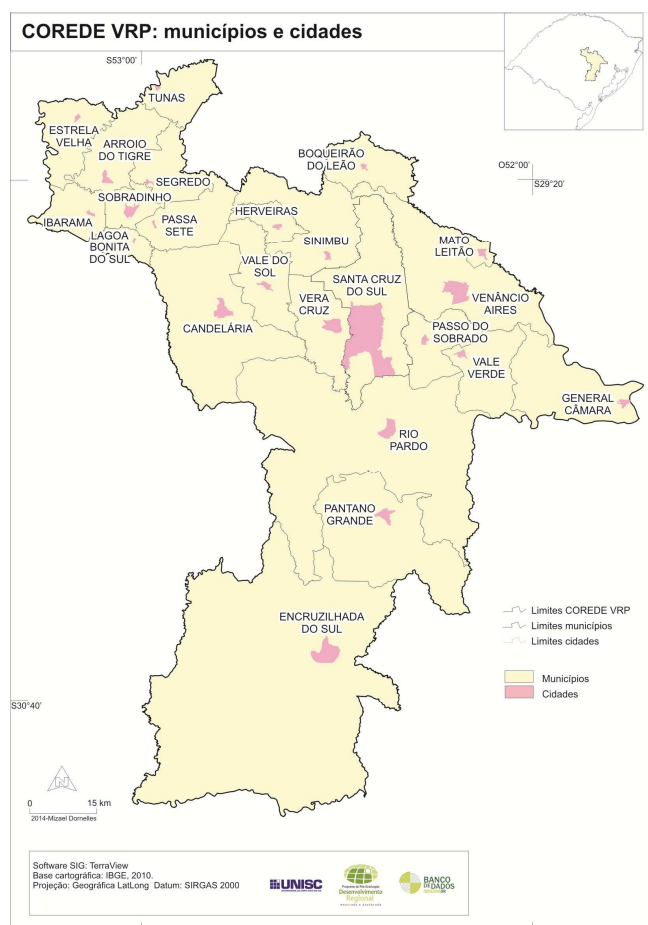
Considerando-se a população total de idosos dos municípios que compõem o COREDE do Vale do Rio Pardo observa-se que a concentração no meio urbano se mantém, alcançando os 59,33% da população idosa total, assim como ocorre em nível nacional e de Estado. Entretanto, quando se analisa individualmente os municípios que compõem o Vale

---

<sup>1</sup> O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é o órgão responsável pela operacionalização do BPC (BRASIL, 2014).

do Rio Pardo, identifica-se que do total de 23 municípios, 15 deles (65,22%) apresentam maior concentração no meio rural, conforme pode ser observado na tabela 1.

Figura 1: Municípios do COREDE do Vale do Rio Pardo



Fonte: Mapa de Mizael Dornelles, 2014. Elaborado a partir da divisão vigente SEPLAG/RS.

Em termos percentuais, entre os 23 municípios analisados identificam-se seis deles que apresentam o maior percentual de idosos (em relação à população idosa total) que vive no meio rural, são eles: Vale do Sol com um percentual de 87,46% (1.472 idosos); Passa Sete com 86,81% (553 idosos); Herveiras com 86,65% (318 idosos); Sinimbu com 82,14% (1.421 idosos); Lagoa Bonita do Sul com 80,00% (304 idosos) e Passo do Sobrado com 74,12% (696 idosos). Os municípios que possuem a população idosa urbana e rural mais próxima em termos percentuais são: Arroio do Tigre, com 52,61% (857 idosos) concentrada

do meio rural e 47,39% (772 idosos) no meio urbano; e Vera Cruz, com 50,01% (1.706 idosos) no meio rural e 49,99% (1.705) no meio urbano.

Entre os municípios analisados destacam-se os seis que possuem o maior percentual de idosos (em relação à população idosa total) que vive na zona urbana, são eles: Santa Cruz do Sul com 84,95% (13.218 idosos); Pantano Grande com 82,31% (1.182 idosos); Sobradinho com 78,40% (1.568 idosos); Rio Pardo com 67,37% (4.040 idosos); Encruzilhada do Sul com 60,70% (2.380 idosos); General Câmara com 55,92% (846 idosos).

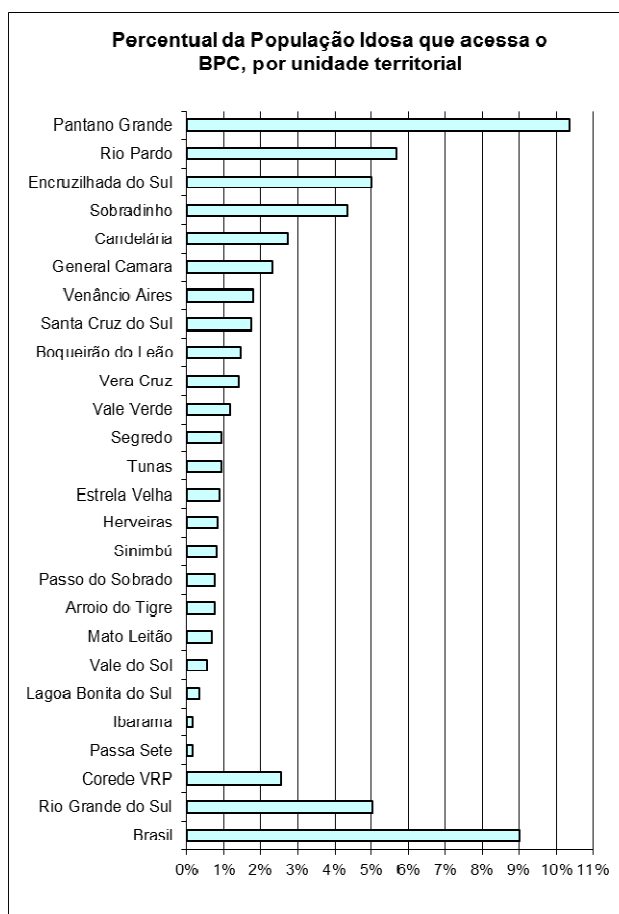
Tabela 1: População Idosa Urbana e Rural do VRP

Unid. Territorial	Pop. Idosa Total	Pop. Idosa Urbana Masc.	% Pop. Idosa Urbana Masc.	Pop. Idosa Urbana Fem.	% Pop. Idosa Urbana Fem.	Pop. Idosa Rural Masc.	% Pop. Idosa Rural Masc.	Pop. Idosa Rural Fem.	% Pop. Idosa Rural Fem.
Arroio do Tigre	1.629	310	19,03	462	28,36	399	24,49	458	28,12
Boqueirão do Leão	896	113	12,61	129	14,40	317	35,38	337	37,61
Candelária	4.846	973	20,08	1.452	29,96	1.090	22,49	1.331	27,47
Encruzilhada do Sul	3.921	1.006	25,66	1.374	35,04	861	21,96	680	17,34
Estrela Velha	462	62	13,42	71	15,37	162	35,06	167	36,15
General Câmara	1.513	375	24,79	471	31,13	370	24,45	297	19,63
Herveiras	367	20	5,45	29	7,90	156	42,51	162	44,14
Ibarama	593	75	12,65	96	16,19	206	34,74	216	36,42
Lagoa Bonita do Sul	380	32	8,42	44	11,58	145	38,16	159	41,84
Mato Leitão	609	97	15,93	123	20,20	176	28,90	213	34,98
Pantano Grande	1.436	566	39,42	616	42,90	145	10,10	109	7,59
Passa Sete	637	38	5,97	46	7,22	285	44,74	268	42,07
Passo do Sobrado	939	102	10,86	141	15,02	324	34,50	372	39,62
Rio Pardo	5.997	1.652	27,55	2.388	39,82	966	16,11	991	16,52
Santa Cruz do Sul	15.559	5.194	33,38	8.024	51,57	1.055	6,78	1.286	8,27
Segredo	960	107	11,15	154	16,04	350	36,46	349	36,35
Sinimbu	1.730	120	6,94	189	10,92	654	37,80	767	44,34
Sobradinho	2.000	635	31,75	933	46,65	216	10,80	216	10,80
Tunas	542	82	15,13	89	16,42	183	33,76	188	34,69
Vale do Sol	1.683	95	5,64	116	6,89	666	39,57	806	47,89
Vale Verde	603	73	12,11	102	16,92	212	35,16	216	35,82
Venâncio Aires	9.407	2.148	22,83	3.043	32,35	1.971	20,95	2.245	23,87
Vera Cruz	3.411	716	20,99	989	28,99	779	22,84	927	27,18
<b>COREDE VRP</b>	<b>60.120</b>	<b>14.591</b>		<b>21.081</b>		<b>11.688</b>		<b>12.760</b>	
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>1.459.597</b>	<b>491.658</b>		<b>697.237</b>		<b>355.812</b>		<b>134.890</b>	

Fonte: IBGE (2010).

No que se refere à população idosa usuária do BPC constata-se que os municípios que possuem índices mais elevados, considerando-se a população total, são: Pantano Grande com 10,38%, seguido de Rio Pardo com 5,69% e de Encruzilhada do Sul com 5,00%. Estes dados evidenciam que há percentuais de idosos que recebem o benefício nos municípios do Vale do Rio Pardo que são superiores aos de nível nacional, que correspondem a 9,01%, e de nível estadual, sendo que, o percentual de idosos gaúchos usuários do BPC corresponde a 5,02% da população total do estado do Rio Grande do Sul, conforme pode ser observado na figura 2.

Figura 2: Percentual da população idosa usuária do BPC no Vale do Rio Pardo



Fonte: IBGE (2010) e SAGI (2014).

Constata-se que estes três municípios que possuem a maior concentração de idosos usuários do Benefício de Prestação Continuada estão entre aqueles que possuem, também,

a maior concentração da população idosa no meio urbano. Este dado pode estar relacionado com a condição de renda desta população, mas, também, evidencia a importância dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e da atuação dos profissionais nos municípios analisados.

Nesse sentido, Fleury (2010) evidencia que o Brasil apresenta uma posição bastante favorável com relação ao trato dos idosos, na qual os benefícios de transferência de renda como o Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família, têm contribuído significativamente para alterar a posição deste segmento social e das mulheres (considerados como os principais beneficiários dessas políticas), tanto na sociedade, como dentro dos núcleos familiares.

## **5 A DIMENSÃO DO TERRITÓRIO NA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) se consolidou como política pública em 2003, incluída no âmbito da Seguridade Social, a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993). A partir disto, as conferências Nacionais, Estaduais e Municipais (em especial as deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília em 2003) evidenciavam a necessidade da constituição de um Sistema Único de Assistência Social. Nessa perspectiva, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou a Resolução n. 145, de 15 de outubro de 2004, da Política Nacional de Assistência Social de 2004 e a Norma Operacional Básica, que instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Com base em uma gestão descentralizada e participativa o SUAS se constitui na regulação e na organização das políticas socioassistenciais desenvolvidas no território nacional (BRASIL, 2004). Possui, desta forma, uma perspectiva de “proteção social” na qual passa a ser configurado a partir do reconhecimento público das demandas dos usuários e de espaço de ampliação de seu protagonismo, devendo, para tanto, oferecer algumas seguranças, como de sobrevivência, de acolhida e de convívio familiar.

A PNAS (BRASIL, 2004) aborda em seu capítulo 3, denominado “Gestão da Política Nacional de Assistência Social na Perspectiva do Sistema Único de Assistência Social – SUAS”, a descentralização político-administrativa e territorialização. De acordo com a LOAS

(BRASIL, 1993), as ações da área da assistência social são organizadas em sistema descentralizado e participativo. O artigo 8º desta lei estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observados os princípios e diretrizes estabelecidos em lei, fixarão suas respectivas políticas de assistência social.

O artigo 11º da LOAS ressalta, ainda, que as ações das três esferas de governo na área da assistência social realizam-se de forma articulada envolvendo, assim, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, respeitando os princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004).

Considerando a alta densidade populacional do País e, ao mesmo tempo, seu alto grau de heterogeneidade e a desigualdade socioterritorial presentes em seus municípios, a vertente territorial faz-se urgente e necessária na Política Nacional de Assistência Social. Ou seja, o princípio da homogeneidade por segmentos na definição de prioridades de serviços, programas e projetos, torna-se insuficiente frente às demandas da desigualdade social. É muito importante construir ações territorialmente definidas, articulando a PNAS com outras políticas na perspectiva da intersectorialidade (BRASIL, 2004).

Faz-se necessário, ainda, a realização de intervenções profissionais que possuam caráter interdisciplinar, na qual são contemplados os aspectos biológicos, psicológicos, intelectuais, culturais, entre outros, existentes tanto nas relações como nas práticas sociais. Nesse sentido, Frigotto (2004) ressalta que a construção do conhecimento numa perspectiva interdisciplinar se constitui como um problema na medida em que existem limites relacionados com os sujeitos implicados no processo e com a complexidade da própria realidade concreta, pois, segundo ele,

[...] revelar no plano do pensamento e do conhecimento as determinações que assim as constituem, enquanto parte, que tem que ser explicada na integralidade das características e qualidades da totalidade. É justamente no exercício de responder a essa necessidade que o trabalho interdisciplinar se apresenta como um problema crucial (FRIGOTTO, 2004, p. 33).

Assim, pensar na política pública a partir do território exige um exercício de revista à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que vive em determinado espaço. O novo paradigma da gestão pública articula a descentralização, a intersectorialidade e a territorialização, dado que o objetivo é promover a inclusão social ou melhorar a qualidade

de vida, resolvendo problemas concretos que incidem nos diferentes territórios (COUTO & SILVA, 2009; COUTO, B. R, et al., 2010).

Pereira (2010) ressalta que desde os primórdios de implementação de ações assistenciais no Brasil a dimensão territorial já se fazia presente, especialmente na perspectiva de “espacialização dos investimentos”. A autora refere que a perspectiva “conceitual” da dimensão territorial, enquanto orientação das políticas no campo da Assistência Social, pode ser evidenciada em três momentos distintos:

a) entre o período de 1930-1945, em que, embora não tematizado, havia um evidente impacto espacial presente das intervenções estatais que articulavam a coerção e o consenso através da criação de grandes estruturas assistenciais criadas em espaços urbanos;

b) entre 1946 e 1980, período em que houve a disseminação de propostas desenvolvimentistas, na qual a dimensão espacial assume apenas uma perspectiva funcional na operação de ações públicas de assistência social, embora, o Serviço Social tenha vivenciado nos anos de 1960 o movimento de reconceituação, processo que possibilitou aos profissionais a identificação das contradições sociais e da questão social capitalista a partir de adoção de um viés crítico;

c) período contemporâneo que inclui o processo de redemocratização do país e, concomitantemente, o aumento da ofensiva neoliberal, que impulsionou a criação de uma racionalidade reordenadora dos espaços. Com isso, as políticas de recorte neoliberal, assim como a Política de Assistência Social, passaram a assumir uma função de “[...] `integração´ territorial relacionado à necessidade de queda de fronteiras entre países, viabilizando o fluxo de capitais, em especial sob a forma financeirizada” (PEREIRA, 2010, p. 194).

É importante compreender, também, o conceito e as características dos territórios, diferenciando-se, conforme ressalta Pecqueur (2000), especialmente dois tipos. O primeiro deles seria aquele estabelecido por decisão político-administrativa, num processo *topdown* de decisão, cujos interesses normalmente são o estabelecimento de políticas de desenvolvimento da região pré-definida, considerado como o “território dado” ou o “espaço-lugar”. O segundo tipo seria aquele considerado como o “território construído” ou “espaço-território,” formado a partir de inter-relação entre os atores sociais na busca de soluções para um problema comum existente em um determinado espaço geográfico.

Desta forma, se percebe o território construído como um espaço de relações sociais, onde há o sentimento de pertencimento dos atores locais à identidade construída, e



associada ao espaço de ação coletiva e de apropriação, onde são criados laços de solidariedade entre esses atores (BRUNET, 1990).

Como refere Pereira (2010), há inúmeros desafios estruturais que necessitam ser superados para que seja consolidada uma metodologia que considere de fato a dimensão territorial no processo de formulação, análise, controle e monitoramento da política pública de assistência social, com vistas à superação de seu caráter funcional. Para tanto,

Essa metodologia deve focar-se em promover uma ruptura com antigos paradigmas da política de pensá-la em si e a partir de si, método que acaba perpetuando a política mais como instrumento integrante do processo de acumulação. É longo e enigmático o caminho para a afirmação de uma política pública territorializada, universalista e democrática, capaz de impulsionar a promoção da cidadania ativa na esfera local, com impacto nas dinâmicas mais estruturais (PEREIRA, 2010, p. 197).

Nesse sentido, a operacionalização da Política Nacional de Assistência Social com base no território pode ser considerada como um dos caminhos para superar sua fragmentação. Entretanto, este processo pressupõe a realização de um trabalho em rede e com base em uma concepção territorial que rompa com velhos paradigmas e com práticas que, historicamente, estiveram pautadas na segmentação e na focalização (BRASIL, 2004).

Nesta perspectiva, Rizzotti, Almeida e Albuquerque (2010, p. 138) ressaltam que considerar a assistência social como uma política pública organizada a partir da lógica da descentralização e da territorialização significa pensar além das facilidades decorrentes da dimensão geográfica, pois, “A referência está, sobretudo, na melhor apropriação da leitura da pobreza e vulnerabilidade social que, mesmo sofrendo das determinações da globalização, contém componentes próprios dos espaços fragmentados”.

## CONCLUSÃO

Conforme evidenciado ao longo deste trabalho houve significativos avanços no que se refere à incorporação da dimensão territorial na Política Nacional de Assistência Social, especialmente a partir de uma mudança da perspectiva *funcional* para outra que, embora esteja pautada por uma concepção neoliberal, evidencie a compreensão do território enquanto uma extensão *apropriada e usada* (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

Nesse sentido, merece destaque a Rede de Proteção Social Básica que pressupõe um trabalho interdisciplinar realizado nos Centros de Referência da Assistência Social,

visando ao atendimento de todos os idosos que estejam referenciados naquele território através da oferta, especialmente, do Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

Com isso, se reforça o caráter específico da assistência social, considerada uma política de *garantias* e de *direitos*, de *prevenção* e de *proteção social*, que se materializa através do trabalho social e do monitoramento de programas, projetos, serviços e benefícios, visando à prevenção e à redução de riscos pessoais e sociais; à proteção de pessoas e de famílias vulneráveis; à criação de medidas e de possibilidades de reinserção, ressocialização e inclusão social; ao monitoramento de vulnerabilidades, exclusões e riscos sociais da população (SPOSATI, 2004).

Ressalta-se, ainda, a estratégia do “busca ativa”, que prevê a identificação e a inserção de pessoas com deficiência e de idosos em situação de risco e de vulnerabilidade na rede socioassistencial, e o recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Embora se reconheça que, mesmo sendo considerado como um *mínimo social* (SPOSATI, 2004a), existe uma crescente incorporação da população idosa ao recebimento BPC, o que evidencia uma maior abrangência das políticas de transferência resultante do esforço na busca de garantia da proteção social dos idosos brasileiros e da redução da pobreza no país.

## REFERÊNCIAS

AGUINSKY, B.G.; FERNANDES, I.; TEJADAS, S. S. Entre a garantia de direitos e o reforço à subalternização: conceitos e práticas ainda em disputa sobre o público-alvo da Política de Assistência Social. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKY, Beatriz Gershenson (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social: as contribuições à fundamentação e os desafios à implementação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 63-82.

ALMEIDA, Laura M. P. **Vulnerabilidade social, conceito: desenvolvimento humano no Recife**. Recife: Atlas Municipal, 2005.

BARROS, Ricardo Paes; CARVALHO, Mirela; MENDONÇA, Rosane Silva Pinto. Sobre as utilidades do Cadastro Único. In: CASTRO, Jorge Abrahão; MODESTO, Lucia (Orgs.). **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010. p. 179-212.

BRASIL, Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília, DF, 1988.

\_\_\_\_\_. Estatuto do Idoso (2003). Lei nº 10741/2003. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL CRESS 11ª REGIÃO. **Coletânea de Legislações: Direitos de**

Cidadania. Edição Especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Curitiba: CRESS 10ª, 2003. p. 448-471.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Assistência Social (1993). Lei nº 8742/1993. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL CRESS 11ª REGIÃO. **Coletânea de Legislações: Direitos de Cidadania.** Edição Especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. Curitiba: CRESS 10ª, 2003. p. 179-193.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Benefício de Prestação Continuada (BPC).** Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 7, de 10 de Setembro de 2009. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).** Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do SUAS, NOB/Suas.** Brasília, DF, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI.** Brasília, DF, 2014.

BRUNET, R. **Le territoire dans Les turbulences.** Paris: Reclus, 224 p. 1990.

BULLA, Leonia Capaverde; KIST, Rosane B. Brochier. O envelhecimento da população e a constituição das Políticas Sociais para o Idoso no Brasil. In: SILVA, V.R.; MENDES, J.M.R.; FAGUNDES, H.S.; AGUINSKY, B.G. (Orgs.). **Política Social: temas em debate.** Pelotas: EDUCAT, 2009.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social:** uma crônica do salário. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

COUTO, B. R.; SILVA, M. B. A política de assistência social e o SUAS. In: MENDES, Jussara Maria Rosa (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social:** entre a fundamentação e o desafio da implantação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

COUTO, Berenice Rojas; YASBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, B. R.; YASBEK, M.C.; SILVA E SILVA, M.O.; RAICHELIS, R. (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil:** uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010. p. 32-65.

FLEURY, Sonia. ¡Brasil! Muestra tu cara. In: **Vanguardia Dossier n. 36.** Barcelona: La Vanguardia Ediciones S.A., 2010. p. 81-87.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs). **Interdisciplinaridade**. Para além da Filosofia do sujeito. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 25-96.

GIL, ANTONIO CARLOS. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE. Banco de Dados Agregados. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/defaultcd2010.asp?o=4&i=P>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. IBGE. (2000). **Sinopse do Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, IBGE.

\_\_\_\_\_. IBGE. (2010). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, IBGE.

KIST, Rosane Bernardete Brochier. **Os Grupos de Convivência em Porto Alegre e sua contribuição à garantia de direitos e à autonomia de homens e mulheres idosos. Uma aproximação com os Centros de Idosos em Barcelona**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MIOTO, Regina Celia Tamasso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: CFESS; ABEPSS; CEAD/NED-UnB (Org.). **O trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: NED-CEAS/UnB, 2000, v.4.

MORAGAS, Ricardo. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas, 1997.

\_\_\_\_\_. **Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores**. Fundación SAR y Fundación AVEDIS DONABEN. Colección ALBOR, Gerontologia Social. Dirigida por el Dr. Ricardo Moragas Moragas. Barcelona: Empresa Editorial Herder, S.A., 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging**. Madrid, Spain, April, 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALÉO NETTO, Matheus. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2006. p. 2-12.

PECQUEUR, B. *Qualite et développement – L’hypothese du panier de biens*. In: **Symposium sur le développement regional**. INRA-DADP. Montpellier, 2000.

PEREIRA, Tatiana Dahmer. Política Nacional de Assistência Social e território: enigmas do caminho. In: **Revista Katálysis**, v. 13. n. 2. Florianópolis: Universidade Federal Fluminense. jul./dez. 2010. p. 191-200. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n2/06.pdf>>. Acesso em 3 jun. 2015.

RIZZOTTI, Maria Luçia Amaral; ALMEIDA, Aidê Cançado; ALBUQUERQUE, Simone Aparecida. Sistema Único de Assistência Social: sua contribuição na proteção social brasileira. In: CASTRO, Jorge Abrahão; MODESTO, Lucia (Orgs.). **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J.; TERRA, N. L. **Gerontologia Social para leigos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura (2001). **O Brasil**. Território e Sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro/São Paulo: Record.

SILVA, Maria Ozanira Silva. Bolsa Família: apresentando e problematizando sua proposta. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva; LIMA, Antônia Jesuíta; FERREIRA, Maria D'Alva Macedo; FÁTIMA E SILVA, Maria do Rosário; LIMA, Valéria Ferreira Santos de Almada. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão**. São Paulo: Cortez; Teresina: Editora Gráfica da UFPI, 2008. p. 23-58.

SILVA, M. O.S.; YAZBEK, M. C.; GIOVANNI, G. **A Política Social Brasileira no Século XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda**. São Paulo: Cortez, 2008.

SOARES, Serguei; SÁTYRO, Natália. O Programa Bolsa Família: desenvolvimento institucional e possibilidades futuras. In: CASTRO, Jorge Abrahão; MODESTO, Lucia (Orgs.). **Bolsa Família 2003-2010: avanços e desafios**. Brasília: IPEA, 2010. p. 25-56.

SPOSATI, Aldaíza. **Especificidade e intersectorialidade da política de assistência social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, ano 25, n. 77, mar. 2004.

\_\_\_\_\_. Benefício de Prestação Continuada como mínimo social. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social de cidadania**. Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004a. p. 125-178.

VALLA, Victor Vicent. Globalização, a questão social e a nova pobreza. In: VALLA, Victor Vicent; STOTZ, Eduardo Navarro; ALGEBAILLE, Eveline Bertino (Org.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto; Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.