

## MAPEANDO OS EQUIPAMENTOS DA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL EM FORTALEZA

Tamara Machado Leite (1); Taís Ingrid Pinheiro Rodrigues (1); Adinari Moreira de Sousa (4).

1. *Universidade Estadual do Ceará – UECE*, e-mail: tamara.machado@aluno.uece.br;
2. *Universidade Estadual do Ceará – UECE*, e-mail: tais.ingrid@aluno.uece.br;
3. *Universidade Estadual do Ceará – UECE*, e-mail: adinari.sousa@uece.br.

### RESUMO

Esta pesquisa foi realizada pelo Laboratório de Pesquisa e Estudos em Serviço Social (LAPESS), da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como proposta de Iniciação Científica da referida Instituição. Ela se propôs a mapear as Políticas de Seguridade Social instituídas pelos poderes: Municipal, Estadual e Federal no Município de Fortaleza. Tal pesquisa identificou os programas e projetos contidos nas Políticas de Seguridade Social, que compreende segundo a Constituição Federal do Brasil de 1988, a Política Social de Previdência, Saúde e Assistência Social, como está proposto no supracitado documento. Para alcance desse objetivo, realizamos a análise dos equipamentos sociais, projetos e programas destas políticas. Foi necessário, portanto, conhecer e especificar os dados gerais do Município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, composta por 119 bairros, distribuídos administrativamente, desde 1997 em 6 regionais e possui uma área de 315 km<sup>2</sup> com população de 2.452.185 habitantes e densidade demográfica de 7.819 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo também a cidade brasileira mais densamente povoada, com índice de urbanização de 86,53%. Isso reflete a tendência que vem se observando desde os anos 1960. Várias são as causas desse intenso processo migratório, duas delas são de raízes estruturais, como a alta concentração fundiária no Estado, e a falta de investimento público para convívio com as secas, próprias do clima semiárido, seco e quente e com distribuição de chuvas irregulares, chegando à média inferior às demais regiões do Brasil, onde o estado do Ceará tem 86,8% de seu território nessa ambiência climática. O Produto Interno Bruto (PIB) de Fortaleza<sup>1</sup> era de R\$ 37.106.309.000, ocupando a 9ª posição no Brasil e a 1ª no Nordeste, sendo que sua renda per capita, equivalente a R\$15.161,47, e se considerado o PIB por pessoa, é a menor do Brasil, equivalendo a R\$ 2.223,00. Fortaleza é detentora de 53% do PIB de todo o estado do Ceará, era de R\$ 74,94 bilhões. Para visualizar os direitos em cada bairro, elencamos os dados por cada regional deste município, mostrando o território de Fortaleza em seus equipamentos sociais da seguridade e os direitos sociais relativos à Seguridade Social.

**Palavras-chave:** Assistência Social, Previdência, Saúde, Seguridade Social, Direitos Sociais.

### INTRODUÇÃO

Este projeto se propôs a mapear as Políticas de Seguridade Social instituídas pelos poderes Municipal, Estadual e Federal de Fortaleza, especificando, nos 119 bairros do município, os programas e os projetos das Políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social para perceber os seus impactos sociais e econômicos na população, elencando os dados por regional.

Tal pesquisa tem como objetivos instrumentalizar os equipamentos através dos mapas,

<sup>1</sup> Segundo dados do IBGE (2010).

para conhecer os referidos bairros que são assistidos pelas Políticas de Seguridade Social no município detalhadamente, formando um banco de dados da seguridade que compreende, segundo a Constituição Federal do Brasil de 1988, a Política Social de Previdência, Saúde e Assistência Social, como também instrumento de luta para barganhar do Estado a ampliação de tais políticas, como está proposto no citado documento.

Na construção do banco de dados avaliamos os impactos sociais e econômicos na população, observando e elencando os dados distribuídos nas seis regionais que administrativamente estão divididas na cidade de Fortaleza. Após os anos 1980, com a participação dos movimentos sociais, as políticas sociais brasileiras passaram a ter uma nova institucionalidade e reconhecimento como políticas de direitos.

Tal concepção pautou-se na criação de um conjunto de direitos inscritos na Seguridade Social brasileira, dentre eles a Assistência Social, a Saúde e a Previdência. Nesse sentido, reivindicou-se uma nova constituição que democraticamente expressasse os interesses da maioria da população brasileira. Somado ao contraditório jogo de forças sociais, foi possível assegurar na Constituição de 1988 conquistas com relação aos direitos sociais, na incorporação de uma concepção de Seguridade Social, definida como um conjunto de políticas que assegure à sociedade direitos com relação a essa Política.

Embora seja uma concepção restrita por abranger somente três políticas, já desarticuladas entre si, é, ao mesmo tempo, inovadora, ao garantir a Assistência Social como Política Pública destinada a quem dela necessitar, e a saúde como política universal. Porém, a regulamentação de tais políticas ocorreu em conjunturas adversas comprometendo a garantia dos direitos conquistados, tendo em vista que foram capitaneadas pelas diretivas do Consenso de Washington<sup>2</sup>, nos anos 1990, as quais impuseram aos países da periferia do sistema capitalista o ajuste estrutural, com as recomendadas privatizações e a regressão dos direitos sociais.

Portanto, configurou-se a generalização da estratégia neoliberal, caracterizada pela redução dos recursos públicos destinados a assegurar os direitos sociais, concomitante à implementação da privatização de empresas estatais, bem como a adoção de política macroeconômica marcada pela financeirização econômica do capital. A meta consistia em

---

<sup>2</sup> Em novembro de 1989, reuniram-se na capital dos Estados Unidos funcionários do governo norte-americano e dos organismos financeiros internacionais ali sediados - FMI, Banco Mundial e BID - especializados em assuntos latino-americanos. O objetivo do encontro, convocado pelo *Institute for International Economics*, sob o título "Latin American Adjustment: How Much Has Happened?", era proceder a uma avaliação das reformas econômicas empreendidas nos países da região. Para relatar a experiência de seus países também estiveram presentes diversos economistas latino-americanos. Às conclusões dessa reunião é que se daria, subsequentemente, a denominação informal de "Consenso de Washington". (BATISTA, 1994, p. 5)

perseguir a estabilidade econômica, com queda progressiva dos níveis inflacionários.

Enfim, um Estado frágil aos impulsos externos do capitalismo central e perverso em relação aos direitos sociais. Assim desenvolveram-se a cultura da desuniversalização, da naturalização das desigualdades sociais, expressa na concentração de renda e na prevalência de políticas sociais focalistas, privatistas, mercantilizadas, cujas demandas ficam sempre à mercê das flutuações econômicas.

Diante desta conjuntura, com a centralidade focal e abandono da universalidade que consolidou a Seguridade enquanto conceito universal na garantia de direitos no mundo Europeu e sua tardia concepção na realidade brasileira pós constituição de 1988, que incorporou a Saúde, Previdência e Assistência, fez-se necessário mapear os programas, projetos e benefícios que a população de Fortaleza usufrui, bem como os impactos sociais e econômicos de tais direitos que atendem às demandas de uma população hegemonicamente com baixo desenvolvimento humano.

A problematização do objeto da pesquisa compreende as políticas sociais como mercadorias, de origem nos seguros bismarckianos, baseadas na lógica do seguro e políticas não mercadorizáveis, regidas sob a lógica da universalidade, com critérios mais amplos para seu acesso. O que marca o Welfare State pós Segunda Guerra é a superação da lógica securitária, de perspectiva bismarckiana, restrita aos trabalhadores regulamentados em seus contratos de trabalho.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa tem como método a teoria marxista, a qual apreende os fenômenos a partir da compreensão do materialismo histórico dialético que parte: “[...] da totalidade que deve ser estudada tanto no âmbito das representações sociais como das determinações essenciais [...]” (MINAYO, 1999, p. 11). Dessa forma, a realidade não é algo acabado, imutável na consciência humana, mas algo que não deve ser inatingível e inalcançável para sempre, mas um processo que se desenvolve permanentemente, dito de outra forma, a pesquisa é uma aproximação com o real, complexo e dialético mundo dos homens.

Assim, utilizamos uma pesquisa de natureza qualitativa e técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, bem como realizamos um mapeamento da política de seguridade social que compreende o tripé: Assistência Social, Previdência e Saúde, nos seguintes equipamentos: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência

Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Instituto José Frota (IJF).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política de Seguridade, pelo ordenamento neoliberal, vem abandonando sua proposta universalista, centrando unicamente sua atenção à extrema pobreza. Os programas e projetos da seguridade não atendem as demandas da população de Fortaleza, tendo em vista que os indicadores e os equipamentos sociais existentes das Políticas de saúde, assistência social e previdência do município são insuficientes. Em consonância com estas constatações, os serviços não atendem a todas as demandas da população usuária com qualidade, daí a importância de verificar seus impactos sociais e econômicos.

Para Martins (1992), a construção dos sistemas de proteção social na fase atual do capitalismo está longe de ter acabado com as disparidades das múltiplas expressões das formas de organização social no exercício do poder, seja ele municipal, estadual ou federal, mas por outro lado, compreende-se a emergência dos sistemas de bem estar social como produto de políticas públicas.

Destacamos, assim, que o processo de construção social não se dá de forma imediatista, ele faz parte de uma construção, de relações econômicas para assim ser efetivado através das políticas sociais. Ainda neste mesmo sentido, a opção por um formato de política social se cristaliza para as mais diversas classes e segmentos no uso da seguridade social. Dessa forma, como afirma Fleury (1994), podemos destacar as diferenças entre o modelo de seguro social aplicado à Previdência Social e o modelo assistencial que são conhecidos.

Esse modelo pode ser evidenciado, segundo Mota (2004), através dos programas dos fundos de aposentadorias e pensões e os programas de assistência, pois eles são exemplares para evidenciar as tendências da seguridade social brasileira, ao mesmo tempo em que estabelece uma ponte entre capital e social. Restringe assim usuários do programa da Previdência Social, os transformado em "cidadãos-consumidores" de serviços mercantis, na Assistência Social, ora em "cidadãos-pobres" merecedores da assistência social.

Estabelece-se, assim, uma divisão hierárquica entre Seguridade Social e Direito Social no que tange a política para todos. No conceito de Fleury (2008), as políticas sociais assumem modelos corporativos e fragmentados, baseiam-se na individualização dos riscos,

pois ao ofertar seguros sociais na Previdência e Saúde, acabou sendo uma oferta de seguros. Os impactos neoliberais por meio do Estado através das renúncias fiscais torna impossível garantir a permanência do SUS na política de saúde para a seguridade.

Pereira (2007), descreve que há uma inversão perversa e arrogante de valores no campo da política social, que contradiz até mesmo a lógica contratual. O desmonte ser dar de forma grosseira na utilização da seguridade social para os seus usuários pobres, que o obriga a fazer uma dívida social se o mesmo quiser ter todos os direitos garantidos pela previdência e saúde. Assim, a Política Social Pública, ao ser acessada pelos cidadãos, como recursos, bens e serviços sociais, lhes são ofertadas sob múltiplos aspectos e dimensões: social, econômico, cultural, político, ambiental entre outros (YAZBEK, 2008).

Segundo Netto (2017), o capital parasitário se instaura no desenvolvimento do capital monopolista, pois é no trato financeiro que fragmentariza o programa das políticas sociais, através da redução dos cortes de verbas. Os modelos apresentados são frações do capital monopolista.

Com base nesse contexto, no ano de 2016 desenvolvemos atividades coerentes à coleta de dados nas instituições selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa, com visitas institucionais na administração da Prefeitura de Fortaleza, Unidade Básica de Saúde (UBS), situadas no bairro da Serrinha e no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), imprescindíveis para o conhecimento, e realizamos o levantamento dos dados, os seja, dos programas, projetos e benefícios das políticas de assistência social, saúde e previdência social juntamente com o repasse de alguns através de e-mails. A partir disso, criamos um banco de dados destas políticas no município de Fortaleza que, como supracitado, estão distribuídas nas 06 regionais nos 119 bairros da capital. Assim, mostramos os resultados de cada política.

A Política de Saúde foi a Política de Seguridade que teve seu processo de regulamentação mais cedo, em 1990. Já a Previdência, em 1991, e a Assistência Social, por sua vez, em 1993. Esta última, porém, teve sua política nacional consolidada somente no ano de 2004. Presumimos que o pioneirismo da política de saúde corresponda à força do processo de luta pela sua peculiaridade de ser, dentre as três, a única a garantir a universalidade e apesar dos problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde, cujas análises residem em vários aspectos, inclusive seu subfinanciamento, é hoje a política que possui o maior número de equipamentos sociais, em maiores quantidades nas regiões mais pobres do município.

No que concerne à Atenção Primária<sup>3</sup>, a cidade dispõe de 104 Unidades Básicas de Saúde e sua distribuição está centrada, com maior número, nas regionais V (25 unidades Básicas de Saúde) e regional VI (30 Unidades Básicas de Saúde), onde se realizam o principal programa de atenção primária à saúde: o Programa Saúde da Família (PSF).

Quanto à Atenção Secundária, a capital dispõe de 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), 14 Centros de Atenção Psicossocial, sendo seis CAPS GERAL, seis CAPS AD (Álcool e Drogas) e dois CAPS Infantis – equipamentos que integram a Rede de Atenção Psicossocial do Município de Fortaleza -, Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá (CAC), Hospital Nossa Senhora da Conceição, Policlínica João Pompeu Lopes Randal e Frotinhas, que compõem a Rede de Atenção Secundária à Saúde de Fortaleza. Estes, por conseguinte, estão localizados nos bairros Antônio Bezerra (Regional III), Parangaba (Regional IV) e Messejana (Regional VI).

A Política de Assistência Social, através dos equipamentos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em Fortaleza, está dividida da seguinte forma: Regional I (Pirambu, Barra do Ceará, Presidente Kennedy); Regional II (Mucuripe, Lagamar, Serviluz, Praia do Futuro); Regional III (Bela Vista, Quintinho Cunha, Antonio Bezerra); Regional IV (Serrinha, Vila União, Couto Fernandes); Regional V (Genibaú, Granja Portugal, Conjunto Esperança, Bom Jardim, Mondubim, Canidezinho, Aracapé), e Regional VI (Jardim das Oliveiras, João Paulo Segundo, Castelão, Dendê, Palmeiras, Messejana).

O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da Política de Assistência Social responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios, e representa a principal estrutura física local para a proteção social básica, que desempenha o papel central no território que está localizado, possuindo a função exclusiva da oferta pública do trabalho social com famílias por meio do serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF). Este, por sua vez, caracteriza o principal programa ofertado pelo CRAS, assim como os projetos socioassistenciais para todas as pessoas em situação de vulnerabilidade social. O aparelho desempenha ainda o papel de articular e fortalecer a rede de Proteção Social Básica local, prevenir as situações de risco em seu território de abrangência, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e garantindo direitos.

---

<sup>3</sup> Segundo os dados da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

O Centro de Referência de Assistência Social é exclusivo para população pobre. Para acessar os serviços, o cidadão tem que está cadastrado no Cadastro Único (CadÚnico), soma-se que, no total destes equipamentos, estão inscritos 1.039.281 usuários, correspondendo a 349.365 composições familiares. Constatamos, nesta pesquisa, que o serviço não consegue atender a todos, pois, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cada aparelho tem que referenciar 5.000 famílias, onde seria necessário, para atender a esse número, no município de Fortaleza, no mínimo 70 CRAS<sup>4</sup>.

**Tabela 1 - Quantitativo de benefícios CadÚnico, Programa Bolsa Família e BPC**

Pessoas inscritas CadÚnico	Famílias inscritas no CadÚnico	Famílias Beneficiárias Programa Bolsa Família	Pessoas Inscritas Beneficiárias PBF	Famílias BPC idoso	Famílias BPC deficientes
Regional I 173.379	56.995	95.096	26.629	1.047	1.018
Regional II 72.319	25.976	41.021	13.026	406	393
Regional III 91.902	30.711	53.266	15.920	661	588
Regional IV 90.502	30.673	45.222	13.213	949	912
Regional V 265.869	112.381	172.970	58.400	1.778	1.959
Regional VI 177.810	81.060	111.443	43.132	1.081	1.297
Total= 871.781	Total = 337.796	Total= 519.018	Total = 170.311	5.922	6.167

Fonte: Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

<sup>4</sup> Os dados do quantitativo de CRAS e benefícios foram concedidos por meio de solicitação via ofício a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e Combate a Fome no ano de 2015 (SETRA).

Atualmente, na cidade de Fortaleza, existem 27 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), 06 Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), 02 Centros de Referência Especializada para População em Situação de Rua (Centros POP), 01 Centro de Atendimento ao Idoso (Centro Dia), 01 Centro de Convivência da População em situação de Rua, 08 Unidades de Acolhimento Institucional e 04 Unidades de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), na composição por regional está dividido nos bairros: Regional I (Monte Castelo); Regional II (Mucuripe); Regional III (Rodolfo Teófilo); Regional IV (Presidente Kennedy); Regional V (Alvorada) e Regional VI (Luciano Cavalcante).

A pesquisa ainda constatou que o Programa do Benefício de Prestação Continuada (BPC) abrange o total de 667.389 usuários inscritos na área Urbana, e na área Rural 776.385. A Política Social nos revela através deste estudo que, pela primeira vez, o programa é efetivado, através da Constituição de 1988, como Política de Direito Social. Concluímos que os serviços socioassistenciais ofertados pela Seguridade Social deixaram de ser clientelistas e passaram a ser concedidos como princípio e universalidade, a quem dela necessitar. Tal constatação foi percebida pelo número de cadastros ativos de usuários atendidos pelos programas dos governos Municipal, Estadual e Federal.

## CONCLUSÕES

Através de dados coletados das populações mencionadas, colhidos através da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e Combate a Fome (SETRA), Secretaria de Saúde, e Previdência Social, constatamos que a política de Seguridade Social não contempla a totalidade da população brasileira devido ao desmonte das políticas sociais públicas, conseqüentemente, a precarização do trabalho faz com que a busca pelos programas assistenciais sejam frequentes, aumentando assim o número de usuários.

Ademais, destacamos que a pesquisa continua em andamento, pois tivemos a renovação do projeto da iniciação científica através do Governo do Estado do Ceará e da Universidade Estadual do Ceará (UECE), para concluirmos o seu objetivo final, que será por meio da construção de mapas do território de Fortaleza e da distribuição da Seguridade Social por regional em seus respectivos bairros.

Por fim, a elaboração dos mapas, servirá como instrumental técnico para os

equipamentos da seguridade social, facilitando o acesso aos trabalhadores e usuários dos serviços prestados em cada bairro. Para concluirmos, a pesquisa, a classe social (população cearense), é uma das mais pobres, do nordeste, e necessita do atendimento desta política com qualidade. Concluimos que isso só será possível com estudos e pesquisas que identifiquem quais as reais necessidades da população cearense, a construção dos mapas servirá também de guia para ajudar aos poderes governamentais identificar quais os bairros carecem de mais atenção e serviços sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, Paulo Nogueira. O consenso de Washington. **A visão neoliberal dos problemas latino-americanos**, 1994. Disponível em: <<https://goo.gl/ZXbjJa>> Acesso em: 28 ago. 2017.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

Governo do Estado do Ceará. Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Disponível em: <<https://goo.gl/jQyxBS>> Acesso em: 28 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado de Ceará. Disponível em: <<https://goo.gl/TpdbeQ>> Acesso em: 28 ago. 2017.

Governo Federal. Previdência Social. Disponível em: <<https://goo.gl/c1AwZ>> Acesso em: 28 ago. 2017.

FLEURY, Sonia. A seguridade social inconclusa. **A era FHC e o Governo Lula: transição**, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/wQB9U>> Acesso em: 28 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**, v. 20, p. 49-87, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/GvJwrC>> Acesso em: 28 ago. 2017.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. Atlas, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MOTA, Ana Elizabete. **Seguridade social brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes**, v. 3, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/r1i1ue>> Acesso em: 28 ago. 2017.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. Cortez editora, 2017.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A assistência social prevista na Constituição de 1988 e operacionalizada pela PNAS e pelo SUAS. 2007. Disponível em: Acesso em: <

<https://goo.gl/wZmSfv>> Acesso em: 28 ago. 2017.

YAZBEK, Maria Carmelita. Estado e políticas sociais. **Praia Vermelha**, v. 18, n. 1, 2008.  
Disponível em: < <https://goo.gl/Z1Ei5f> > Acesso em: Acesso em: 28 ago. 2017.

