



Eixo: Política social e Serviço Social.
Sub-eixo: Seguridade social no Brasil.

MAPEAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (CE)

ADINARI MOREIRA DE SOUSA¹
JOSE LEVI FURTADO SAMPAIO²
TAMARA MACHADO LEITE³
JOSE CARLOS BASTOS JUNIOR⁴
TAIS INGRID PINHEIRO RODRIGUES⁵

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo mapear as Políticas de Seguridade Social públicas, no Município de Fortaleza onde identificamos os equipamentos sociais da mesma. Mapeamos também 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 o município é uma grande metrópole constituída de 119 bairros, elencamos os dados entre as seis regionais que administrativamente foi dividida a cidade. Foi necessário conhecer as desigualdades da população para observar as demandas da mesma, e o que os Estado oferece a esta população.

Palavras-chave: Seguridade Social Assistência Social, Previdência, Saúde.

Resumen: Esta investigación tuvo como objetivo mapear las Políticas de Seguridad Social públicas, en el Municipio de Fortaleza donde identificamos los equipamientos sociales de la misma. En el marco de las políticas de seguridad social, que comprende según la Constitución Federal de Brasil de 1988, la Política Social de Previsión, Salud y Asistencia Social, aborda también los programas y proyectos contenidos en las Políticas de Seguridad Social. Como el municipio es una gran metrópolis constituída de 119 barrios, elencamos los datos entre las seis regionales que administrativamente se dividió la ciudad. Fue necesario conocer las desigualdades de la población para observar las demandas de la misma, y lo que el Estado ofrece a esta población.

Palabras clave: Seguridad Social Asistencia Social, Previsión, Salud.

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: adinarisousa@gmail.com.

² Professor com formação outra áreas. Universidade Federal do Ceará (UFCE). E-mail: adinarisousa@gmail.com.

³ Estudante de Graduação. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: adinarisousa@gmail.com.

⁴ Estudante de Graduação. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: adinarisousa@gmail.com.

⁵ Estudante de Graduação. Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: adinarisousa@gmail.com.

INTRODUÇÃO

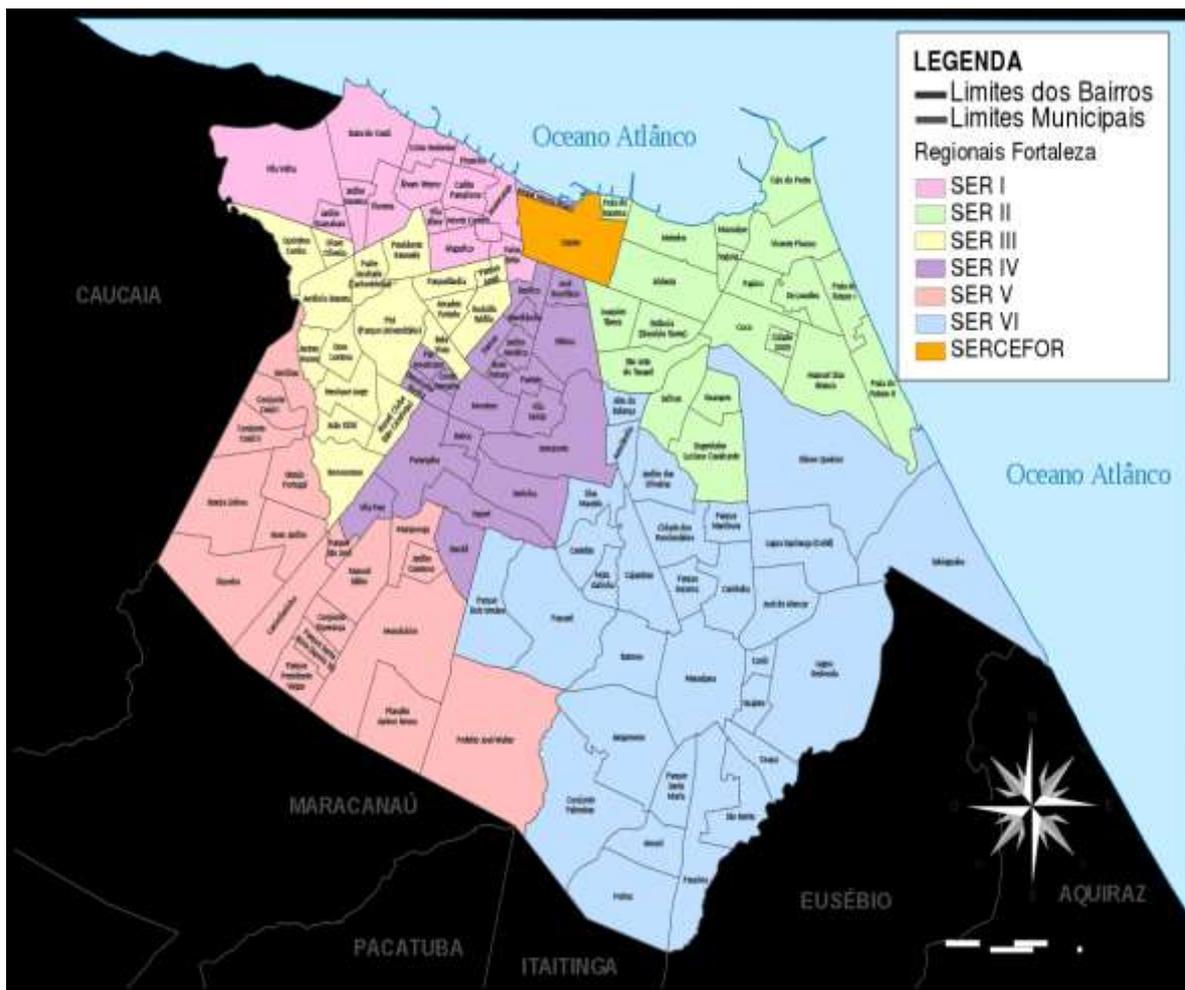
Este projeto se propôs a mapear as POLÍTICAS DE SEGURIDADE: ASSISTENCIA, PREVIDENCIA E SAUDE NO MUNICIPIO DE FORTALEZA-CE fazendo o levantamento através dos dados coletados das secretarias das Políticas em seus equipamentos sociais, programas e projetos das Políticas de Seguridade Social instituídas pelos poderes Municipal, Estadual e Federal no município. Tal pesquisa foi realizada como proposta de iniciação científica e na realização do pós-doutorado, onde propomos a construção de mapas que identificasse espacialmente tais políticas no espaço territorial estudado. Foi necessário, portanto, adentrar no conceito de seguridade social, sua construção e desconstrução na era neoliberal, bem como especificar sua peculiaridade na realidade brasileira. Necessário de fez conhecer e especificar os dados gerais do Município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, uma grande cidade com imensas desigualdades sociais. Fortaleza é composta por 119 bairros, distribuídos administrativamente, desde 1997 em 6 regionais, possui uma área de 315 km² com população de 2.452.185 habitantes e densidade demográfica de 7.819 habitantes por km², 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 das cidades interioranas para a capital, 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. O Estado do Ceará tem 86,8% de seu território nessa ambiência climática. O Produto Interno Bruto (PIB) de Fortaleza⁶ 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 do PIB de R\$ 74,94 bilhões, perfazendo 53% de todo o estado do Ceará. Como uma grande cidade optamos em visualizar os direitos em cada bairro, elencando os dados por cada regional deste município, mostrando os impactos sociais e econômicos que tais políticas da seguridade Social e os direitos estão situadas em seus equipamentos, programas e projetos, impactando, ou não, na desigualdade do território de Fortaleza.

Especificando, nos 119 bairros do município, e nas seis regionais, onde administrativamente está dividida a cidade. Ver abaixo o mapa do território de

⁶ Segundo dados do IBGE (2010)

Fortaleza.

Os 119 bairros oficiais de Fortaleza estão distribuídos nas Secretarias Regionais na seguinte conformidade: Secretaria Regional I com uma população de 381.675 habitantes distribuída em 15 bairros: Alagadiço/São Gerardo, Álvaro Weyne, Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Pirambu, Vila Ellery e Vila Velha; Secretaria Regional II com uma população de 381.149 habitantes distribuída em 21 bairros: Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dunas (Manuel Dias Branco), Engenheiro Luciano Cavalcante, Estância (Dionísio Torres), Guararapes, Joaquim Távora, De Lourdes, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzón; Secretaria Regional III com uma população de 378.154 habitantes distribuída em 17 bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube (São Cristóvão), Olavo Oliveira, Padre Andrade (Cachoeirinha), Parque Araxá, Parquelândia, Pici (Parque Universitário), Presidente Kennedy, Quintino Cunha e Rodolfo Teófilo; Secretaria Regional IV com uma população de 295.397 habitantes distribuída em 19 bairros: Aeroporto (Base Aérea), Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaóca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri e Vila União; Secretaria Regional V com uma população de 567.949 habitantes distribuída em 18 bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Genibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Parque Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Prefeito José Walter e Siqueira; Secretaria Regional VI com uma população de 567.575 habitantes distribuída em 29 bairros: Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macêdo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga (Coité), Messejana, Palmeiras, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e São Bento.



Mapa de Fortaleza.

Tal pesquisa tem como objetivos instrumentalizar a luta por mais direitos objetivando pesquisar dos dados referentes aos equipamentos sociais, programas e projetos 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 conhecimento da população em seus movimentos organizados lutar no intuito de barganhar do Estado a ampliação de tais políticas.

Como proposta metodológica, a 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 as Políticas Sociais são compreendidas como parte da estrutura social, estando no processo da reprodução capitalista.

Assim, utilizamos uma pesquisa de natureza qualitativa e as 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) agências de Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, Unidades Especializadas em saúde, Policlínicas; UPAS; Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Instituto José Frota (IJF), Hospital São José, Hospital de Messejana. Tais equipamentos compõem a execução da política de seguridade no município.

SEGURIDADE BRASILEIRA E SEUS REFLEXOS NO MUNICÍPIO 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 Washington⁷, 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 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 um conjunto de bens e serviços capitaneadas por um jogo de forças sociais e lutas da classe trabalhadora para exigir do Estado, o atendimento de suas demandas. Tem origem nos seguros bismarckianos, baseadas na lógica do seguro, portanto políticas mercadorizáveis 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.

A Política de Seguridade, pelo ordenamento neoliberal, vem abandonando

⁷ 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, subseqüentemente, a denominação informal de "Consenso de Washington". (BATISTA, 1994, p. 5)

sua proposta universalista, centrando unicamente sua atenção à extrema pobreza. Os programas e projetos da seguridade não atendem às 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 o mapeamento da seguridade e confrontar com os dados sociais e econômicos do Município.

Para Martins (1992), a construção dos sistemas de proteção social na fase atual do capitalismo está longe de ter amenizado as desigualdades e 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 trabalho. Restringe assim usuários do programa da Previdência Social, transformando-os em "cidadãos-consumidores" de serviços mercantis, na Assistência Social, ora em "cidadãos-pobres" mercedores 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 tornam impossível garantir a permanência do Sistema único de saúde, SUS, como universal, da 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 2017 desenvolvemos atividades coerentes à coleta de dados nas instituições selecionadas para o desenvolvimento da pesquisa, com visitas institucionais na Administração da Prefeitura de Fortaleza, na Secretaria de Saúde elencando Unidade Básica de Saúde situadas nos bairros de Fortaleza, hospitais e clínicas especializadas, no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e na Secretaria de Trabalho e Ação Social imprescindíveis para o conhecimento. Realizamos o levantamento dos dados elencando os programas, projetos e benefícios das políticas de assistência social, saúde e previdência social entrando em contato telefônico, ofícios e visitas às Secretarias municipais, estaduais e o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS. 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, lei 8.213 em 1991, e a Assistência Social, lei 8742, 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, que vem desde a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que demandou na criação do SUDS (Sistema único e descentralizado de saúde) em 1987. Na constituição de 1988 é criado o SUS, Sistema único de Saúde, lei 8080 de setembro de 1990 cujos princípios, abaixo, inovam a concepção “de saúde como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.”

I- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Esta política tem sua peculiaridade de ser, dentre as três, a seguridade, 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 regionais mais pobres do município, e atende no Brasil 70% da população brasileira.

Segundo os dados da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Fortaleza, e Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, no que concerne à Atenção Primária, a cidade **dispõe de 109 Unidades Básicas de Saúde e sua distribuição está centrada: Regional I- 15 Ubs Regional II- 12; Regional III- 17; Regional IV – 13; Regional V – 23 e regional VI- 28** . A Regional VI concentra a segunda maior população do Município e o menor Índice de desenvolvimento humano, com uma

população de 567.949 habitantes distribuída em 18 bairros: Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Conjunto Esperança, Genibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Parque Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Prefeito José Walter e Siqueira. Nas unidades básicas de saúde, onde se realiza o principal programa de atenção primária à saúde: o Programa Saúde da Família (PSF). No entanto, tal programa tem abrangência em apenas 40% das famílias do município de Fortaleza.

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, Estes, por conseguinte, estão localizados nos bairros Antônio Bezerra (Regional III), Parangaba (Regional IV) e Messejana (Regional VI).

A Rede de Atenção Secundária da alta complexidade são os seguintes hospitais: IJF, hospital de emergências traumáticas; ; HGF, Hospital geral de Fortaleza, especialidade em doenças pré-existentes; Hospital do coração, especialidade em doenças cardíacas e pulmonar ; Hospital Waldemar de Alcantara, doenças preexistentes; Hospital Universitario Walter Cantide; Maternidade Escola, Assis Chateaubrian; Hospital São Jose, doenças infeto-contagiosas Hospital da Mulher; Hospital Aberto Sabim, infantil; Estes, por conseguinte, estão localizados nos bairros bairro do Centro, Papicu (Regional II), Messejana, Gaugiru(Regional VI) Bairros; Rodolfo Teófilo, Rodolfo Teófilo , Joquei Clube e Parquelandia (Regional III) e Bairro Vila União, (Regional IV.) Estes hospitais da alta complexidade atende também a vários municípios do Estado. São insuficientes para atender as demandas, pois estão superlotados e com muitas filas de espera para atendimentos eletivos.

A Política de Assistência Social foi regulamentada em 1993 e criado sua política nacional em 2004. Sua inovação é ser instituída na constituição de 1988, pela primeira vez, considerada como política social e focalizada nas famílias pobres com renda percapta inferior a um quarto do salário mínimo de renda Seus equipamentos sociais, onde a política se concretiza, são os CRAS, CREAS , Centros Pops.

Os equipamentos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), em Fortaleza, está dividida em : Regional I- 03 (Pirambu, Barra do Ceará, Presidente Kenedy); Regional II – 04 (Mucuripe, Lagamar, Serviluz, Praia do Futuro); Regional III- 03 (Bela Vista, Quintinho Cunha, Antonio Bezerra); Regional IV- 03 (Serrinha, Vila

União, Couto Fernandes); Regional V- 08 (Genibaú, Granja Portugal, Conjunto Esperança, Bom Jardim, Mondubim, Canidezinho, Aracapé), e Regional VI- 07 (Jardim das Oliveiras, João Paulo Segundo, Castelão, Dendê, Palmeiras, Messejana), perfazendo 27 CRAS.

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 pobreza e 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 pobreza. 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.

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, estão inscritos um milhão, trinta e nove mil e duzentos e oitenta e um, 1.039.281 usuários no município, correspondendo a 382.644 composições familiares. Constatamos, nesta pesquisa, que o serviço da proteção básica, não consegue atender a todos, pois, segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), cada equipamento tem que referenciar 5.000 famílias, onde seria necessário, para atender a esse número, no município de Fortaleza, no mínimo 70 CRAS⁸.

Na tabela 1 encontramos a quantidade de famílias cadastradas por regional, nos principais programas e projetos da política de Assistência Social: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa do Bolsa Família (PBF). Diante da tabela abaixo, observamos que que as regionais mais pobres: regional V e VI possuem respectivamente 296.014 e 192.940, pessoas que possuem renda familiar ate R\$ 150,00 . Tais regionais possuem o maior número de beneficiários dos programas, mas no entanto, não atende a totalidade de famílias pobres, atendendo respectivamente 75.929 e 51.000 familias.

⁸ 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).

Tabela 1 - Quantitativo de beneficiários CadÚnico, Programa Bolsa Família e BPC por , por famílias e pessoas nas Regionais do município de Fortaleza

| Regionais | Famílias inscritas no CadÚnico | Famílias Beneficiárias Programa Bolsa Família | Pessoas Inscritas Beneficiárias PBF | Famílias BPC idoso | Famílias BPC deficientes |
|------------------|--------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| Regional I | 56.995 | 95.096 | 91.735 | 1.047 | 1.018 |
| Regional II | 33.893 | 41.021 | 17.254 | 539 | 529 |
| Regional III | 30.711 | 15.920 | 15.920 | 661 | 588 |
| Regional IV | 30.673 | 45.222 | 13.213 | 949 | 912 |
| Regional V | 135.274 | 75.929 | 250.627 | 2.092 | 2.323 |
| Regional VI | 95.098 | 51.000 | 168.200 | 1.212 | 1.297 |
| TOTAL | 382.644 | 231.695 | 668.273 | 6498 | 6.870 |

Fonte: Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social e Combate a Fome. 2015

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 13.338 beneficiários no município de Fortaleza nos revela através deste estudo que, pela primeira vez, o programa é efetivado, através da Constituição de 1988, como Política de Direito Social, embora a demanda da população no perfil da pobreza não seja contemplada na totalidade, daí os limites da Política de Assistência Social no Estado, cuja prioridade tem sido atender as demandas do capital.

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 e públicas e, conseqüentemente, a precarização do trabalho. Ademais, destacamos que a pesquisa continua em andamento, pois tivemos a aprovação da proposta no pós doutorado, faltando os dados referentes a previdência social, que possui 8 unidades de atendimento no município, faltando portando a quantidade de aposentadorias, pensões e auxílios concedidos e mantidos em Fortaleza para concluirmos o seu objetivo final, que será por meio do da construção de mapas do território de Fortaleza e da distribuição da Seguridade Social por regional em seus respectivos bairros.

Por isso, a luta se faz necessária não apenas pela garantia pontual do acesso à seguridade social contemplada na constituição de 1988, contemplando apenas o acesso da política de Assistência Social, saúde e previdência, mas em sua concepção abrangente, com origem no plano Beveridge de 1883 que fundamentou o Estado de Bem-Estar social, hoje em crise. Tal concepção abrangente inclui, educação , habitação, cultura, trabalho. A luta é por uma seguridade que assegure as demandas sociais de toda a população e associada á luta por uma nova sociabilidade, visto que nos moldes capitalistas são intensificadas as relações desigualdades socioeconômicas derivadas da contradição capital x trabalho, onde se predomina cada vez mais a violação de direitos da população brasileira e cearense, especificamente das camadas mais pauperizadas. Portanto, para além de ampliar e efetivar essas políticas públicas é preciso lutar por uma nova realidade.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <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: Acesso em: 28 ago. 2017.

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

Governo Federal. Previdência Social. Disponível em: <<https://goo.gl/c1AwZ>> Acesso em: 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/wQBs9U>> Acesso em: 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**, v. 20, p. 49-87, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/GvJwrC>> Acesso em: 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. **Serviço social e saúde formação e trabalho profissional**, v. 3, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/r1i1ue>> Acesso em: 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.