

O Processo de Implementação dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) nos Municípios Brasileiros: Uma Análise a Partir do Censo SUAS de 2007 a 2022

Flavio Riva¹

¹Instituto Mobilidade e Desenvolvimento Social (Imds).

Resumo. Esta nota técnica tem por objetivo contribuir para a caracterização da expansão da oferta da proteção social básica no Brasil, por meio do estudo da implementação de um de seus principais equipamentos: os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). A análise revela que, 10 anos após a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os CRAS tinham alcançado grande capilaridade no território brasileiro, tendo chegado na grande maioria dos municípios. Essa rápida expansão logrou alcançar primeiro os municípios onde havia uma parcela maior e um contingente relativamente grande de pessoas vulneráveis à pobreza. Além disso, os CRAS chegaram primeiro em municípios com mercados de trabalho marcados por menos atividade econômica e menos formalização, além de municípios com indicadores de saúde piores. Assim, talvez surpreendentemente, um processo essencialmente descentralizado de expansão no tempo e no espaço parece ter tido características desejáveis de focalização. A nota encerra com uma discussão sobre prioridades de monitoramento e avaliação de impacto dos equipamentos e programas da Assistência Social no Brasil.

Introdução

Durante a década de 1990, o Brasil vivenciou um rico processo de regulamentação dos dispositivos da Constituição de 1988 em uma política nacional voltada para a proteção da parte mais vulnerável da população. Um dos passos fundamentais nesse processo foi a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) pela Política Nacional de Assistência Social (Pnas, Brasil, 2004). O SUAS cumpre papéis essenciais, outorgados pelos marcos legais: por um lado, mitigar os efeitos negativos de riscos desigualmente distribuídos —como a pobreza e a violação de direitos— e, por outro, estimular a inclusão produtiva. O desafio de cumprir ambos os papéis é imenso e envolve encontrar um balanço não trivial entre proteção e promoção.

O modelo que pretendia estar à altura desses desafios definiu dois níveis de proteção social, a básica e a especial, vinculadas a equipamentos públicos específicos. A proteção básica, foco desta nota, destina-se à população em situação de vulnerabilidade social e fragilização de vínculos sociais e comunitários, sendo o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) o órgão responsável pelos atendimentos nesse nível. A proteção especial, ofertada no Centro de Referência Especial de Assistência Social (CREAS)

é voltada para famílias em que os indivíduos tiveram seus direitos violados.

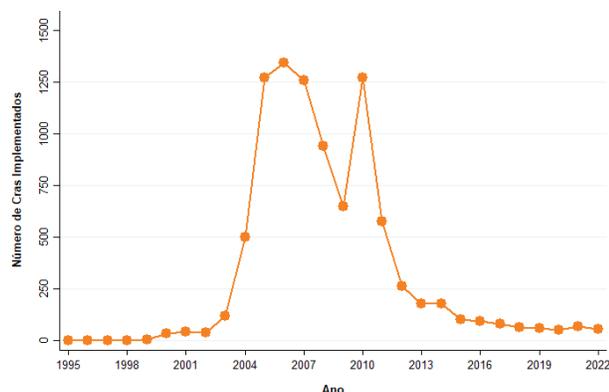
O documento de orientações técnicas dos CRAS (Brasil, 2009) postula que o CRAS “*se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS*” (p. 9, ênfase nossa). Além disso, esse documento determina as suas funções. Em primeiro lugar, o CRAS desempenha a gestão da Proteção Social Básica a nível local. Além disso, ele promove a articulação interseccional e a busca ativa nos territórios de abrangência. Finalmente, o CRAS é a unidade que oferta de forma obrigatória e exclusiva o Programa de Atenção Integral à Família (Paif). O objetivo desta nota técnica é de contribuir para a caracterização da proteção social básica no Brasil nas últimas décadas, com foco nesse equipamento central. Foram utilizados dados do Censo SUAS de 2007 a 2022 e do Censo Demográfico de 2000 para descrever o processo de implantação dos CRAS no tempo e no espaço e identificar características dos municípios que adotaram os equipamentos de maneira mais ou menos célere. Os principais resultados são de que:

- após um período de rápida expansão entre 2004 e 2009, em que aproximadamente 1.000 CRAS foram fundados por ano, a grande maioria dos municípios do país tinha um equipamento do tipo em seu território;
- os municípios que adotaram os CRAS de maneira mais célere tinham uma parcela maior de pessoas vulneráveis à pobreza em suas populações, sugerindo que a expansão logrou priorizar a demanda — pelo menos, a demanda potencial — da população que mais necessitaria;
- os municípios que adotaram de maneira mais célere os primeiros CRAS também eram mais desiguais, tinham mercados de trabalho marcados por menos atividade econômica e menos formalização e indicadores piores de saúde.

Bases de Dados

Censo SUAS. O Censo SUAS é realizado anualmente por meio de uma ação integrada entre a Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) e representa o principal esforço de monitoramento dos equipamentos e da governança

Figura 1. CRAS Implementados por Ano no Brasil (1995-2022)



da Assistência Social no Brasil. Os dados são coletados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios. Sua coleta inicia-se em 2007 como um instrumento para monitoramento da expansão dos CRAS.¹ O Censo SUAS permite observar o ano de implementação de cada um dos 9.251 CRAS que estiveram em operação em algum momento até o ano de 2022.² A Figura 1 apresenta o número de CRAS implementados por ano no país. O gráfico deixa claro que o processo de expansão ocorreu principalmente entre 2004 e 2010, período em que aproximadamente 5.000 CRAS, ou quase 1000 por ano, foram implementados.

Fontes Adicionais. Os dados do Censo Demográfico de 2000 foram utilizados, na compilação de indicadores feitas pelo Atlas do Desenvolvimento Humano. Estes indicadores foram agrupadas em: (i) pobreza e desigualdade; (ii) mercado de trabalho e inclusão produtiva; (iii) saúde. Além disso, em um esforço de caracterizar a relação entre os serviços socioassistenciais com os serviços de atenção primária em saúde, foram utilizados dados de cobertura municipal do Programa Saúde da Família no ano de 2000.

Resultados

A. Planejamento da Implementação. Segundo a Pnas, o CRAS “é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social [...] que executa serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social” (Brasil, 2004, p. 33). O Censo SUAS de 2007 permite entender o processo de planejamento que antecedeu a implementação dos primeiros CRAS do Brasil, e, em particular, os esforços de diagnóstico da vulnerabilidade que pautaram a sua alocação no espaço. Nesse ano, uma das questões solicitava informação sobre se e como foi realizado o levantamento da situação de vulnerabilidade do território.³ Apenas 6% dos 4.182 CRAS na base afirmaram não ter havido nenhum tipo de levantamento. Dos 3.930 CRAS que indicaram ter havido levantamento, 70,5% deles afirmaram que ele foi baseado em estudo realizado diretamente pelo município com o objetivo de mapeamento das vulnerabilidades; 62,9% indicaram terem usado dados do Cadastro Único para tanto e 32,5% indicaram ter usado dados sobre os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada. Por fim, é interessante que 42,4% dos CRAS indiquem ter utilizado informações obtidas pela área de saúde para levantamento da situação de vulnerabilidade.⁴

¹A partir de 2010, começam a ser coletadas informações não apenas sobre os principais equipamentos da Assistência Social —CRAS e CREAS—, mas também sobre outras dimensões da rede socioassistencial, sendo esse instrumento regulamentado pelo Decreto no 7.334 de 19 de outubro de 2010.

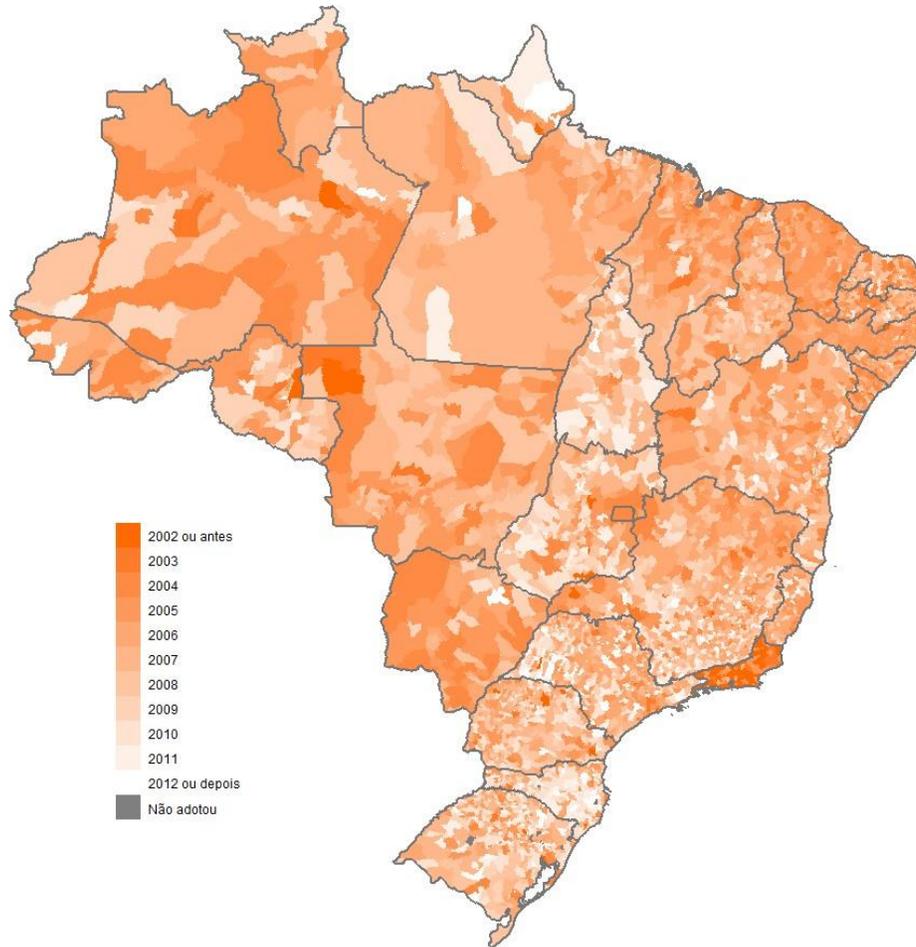
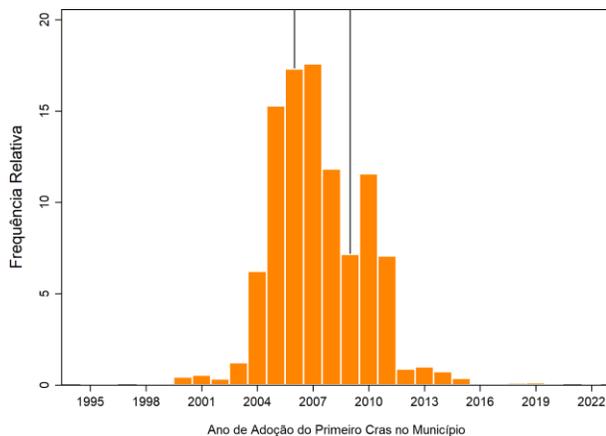
²Cada CRAS é identificado na base por um número de 11 dígitos. Os primeiros 6 números replicam o código oficial do município em que o CRAS está situado. Em nenhum caso, as bases anuais do Censo SUAS continham duas ou mais entradas de informações que faziam referência ao mesmo código. Dessa forma, nenhuma decisão com relação ao registro de informações duplicadas precisou ser tomada.

B. Geografia da Expansão. A Figura 2 apresenta um mapa dos municípios brasileiros em que cores mais claras indicam municípios que implementaram seu primeiro CRAS mais recentemente, e cores mais escuras denotam aqueles que o fizeram menos recentemente. O primeiro padrão que salta aos olhos é a presença massiva dos CRAS no território brasileiro. Apenas 15 municípios no país ainda não tinham adotado pelo menos um CRAS em 2022 (ou 0,3% do total). Já em 2012, que é o ponto de corte do mapa para a cor mais clara, a enorme maioria dos municípios brasileiros já tinha um CRAS. Em segundo lugar, é interessante notar que parece existir um padrão específico às unidades da federação na velocidade de adoção. Nesse sentido, destaca-se o pioneirismo de alguns estados, como Mato Grosso do Sul, e, principalmente, do Rio de Janeiro. Parece haver, também, um padrão de adoção mais célere dos CRAS em municípios do Nordeste — em particular, Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe. Por outro lado, no Nordeste, a Bahia e, no restante do Brasil, Santa Catarina apresentam um padrão menos célere. Dentro dos estados, a heterogeneidade de velocidade de adoção pelos municípios parece ser particularmente alta nos estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Nesses, é possível encontrar municípios fronteiriços com intervalos de 5 ou mais anos entre as respectivas implementação.

C. Correlatos da Expansão. As Figuras 4 a 7 permitem compreender de forma mais aprofundada como características dos municípios brasileiros se relacionam com o *timing* de implementação dos primeiros CRAS em seus territórios.

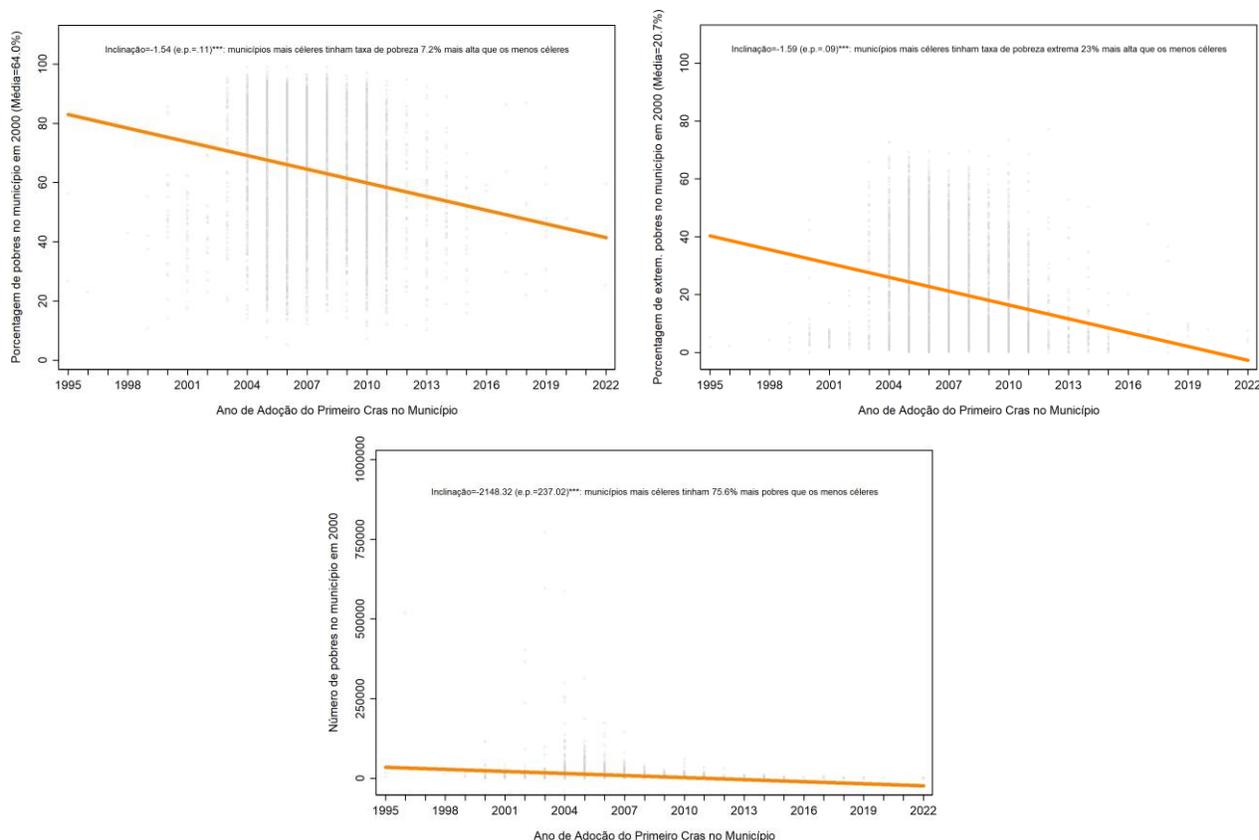
³Infelizmente, os Censos SUAS de anos posteriores não coletaram essa informação.

⁴Note que as respostas não eram mutuamente exclusivas, isto é, cada CRAS poderia informar múltiplas formas pelas quais foi realizado o levantamento da situação de vulnerabilidade em seu território.

Figura 2. Ano de Implementação dos CRAS nos Municípios Brasileiros**Figura 3.** Expansão dos CRAS nos Municípios Brasileiros

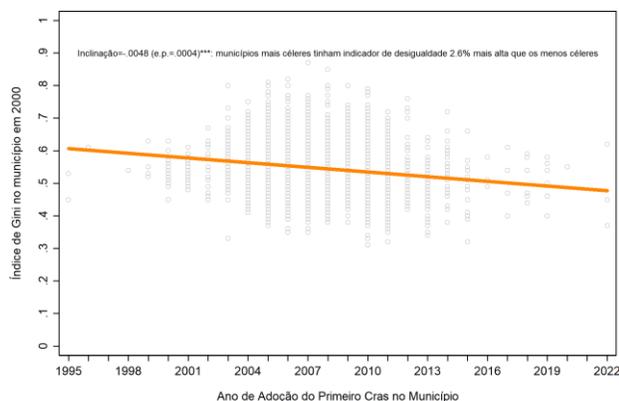
Nestas figuras, o eixo das abcissas sempre representa o ano de adoção do primeiro CRAS, construída usando os dados do Censo SUAS descritos na seção acima. A Figura 3 caracteriza a distribuição dessa variável. O percentil 25 é dado pelo ano de 2006, o que indica que 1 a cada 4 municípios brasileiros tinha implementado seu primeiro CRAS até esse ano. Chamaremos, no que segue, os municípios que adotam o seu primeiro CRAS até 2006 de “mais céleres”. Chamaremos, por outro lado, os municípios que adotam o seu primeiro CRAS depois do ano correspondente ao percentil 75 (2009) dessa variável de “menos céleres”. O eixo das ordenadas, por sua vez, representa o nível de uma variável de interesse. Note que, dado que o processo de implementação ganha escala de 2002 em diante e estas variáveis foram medidas em 2000, elas não podem ter sido afetadas pela própria expansão. Nesse sentido, estas figuras trazem informação descritiva, e não de impacto causal dos CRAS. A reta superposta à nuvem de pontos representa a melhor aproximação linear aos dados. Para auxiliar a interpretação, são apresentados também o coeficiente da regressão simples associado à variável que captura o ano de implementação e seu erro-padrão. Além disso, ao lado das estimativas, é a-

Figura 4. Correlatos do *Timing* de Implantação dos CRAS nos Municípios Brasileiros: Pobreza



presentada a comparação entre os municípios “mais céleres” e os “menos céleres”, com base nessa aproximação linear.

Figura 5. Correlatos do *Timing* de Implantação dos CRAS nos Municípios Brasileiros: Desigualdade



C.1. Distribuição de Renda. As Figuras 4 e 5 analisam como a distribuição de renda dos municípios em 2000 se relaciona com o ano de adoção dos CRAS nos municípios, utilizando indicadores de vulnerabilidade à pobreza e desigualdade. O primeiro gráfico na Figura 4 considera a porcentagem de indivíduos com renda domiciliar *per capita*

igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, em reais de agosto de 2010. Este valor era equivalente a 1/2 salário mínimo nessa data e foi utilizado como indicador de vulnerabilidade à pobreza. O coeficiente da regressão simples que descreve a relação entre ambas as variáveis é de -1,54 pontos percentuais e estatisticamente significativo. Essa aproximação linear indica que municípios mais céleres na adoção de seus CRAS tinham, em média, uma taxa de vulneráveis à pobreza que era 4,6 pontos percentuais maior do que os municípios menos céleres. Usando a média da taxa municipal em 2000 (64%) para pautar a magnitude da correlação, encontra-se que essa diferença corresponderia a 7,2% desse valor. Conclusões qualitativamente semelhantes aparecem quando consideramos a porcentagem de pessoas que eram extremamente pobres, isto é, de indivíduos com renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais. Em 2000, a taxa municipal média de extrema pobreza era de 20,7%. A diferença entre municípios mais e menos céleres predita pela melhor aproximação linear aos dados é de 4,8 pontos percentuais e equivale a 23% da média da taxa municipal em 2000. Assim, os municípios que adotaram o CRAS nos primeiros anos da expansão tendiam a ser mais pobres. Isso indica que, mesmo que tenha ocorrido descentralizadamente, o processo de expansão parece ter contemplado as características desejadas do SUAS em termos de focalização nos mais vulneráveis.

Note, no entanto, que o fato de que os CRAS chegaram primeiro nos municípios que tinham uma porcentagem maior de vulneráveis à pobreza não significa que esses equipamentos chegaram, também, primeiro, em municípios que tinham um contingente relativamente grande de pessoas pobres. Seria possível, de fato, que o processo de expansão tivesse iniciado em municípios menores. Para avaliar essa hipótese, o último gráfico da Figura 4 repete o exercício usando como variável explicada o tamanho da população pobre dos municípios. Nota-se que um padrão semelhante se mantém, isto é, de que municípios mais céleres na adoção de seus CRAS tinham, em média, mais pobres, também em número absoluto, do que os municípios menos céleres. No entanto, como os municípios brasileiros têm tamanhos populacionais muito diferentes, é possível que um modelo linear seja menos adequado nesse caso do que o utilizado nas duas últimas figuras.

A Figura 5 considera se os CRAS também chegaram primeiro em municípios mais desiguais, usando o índice de Gini.⁵ O padrão aqui não é tão caracterizado como o encontrado para taxas de pobreza, na Figura 4, o que talvez seja esperado, dado que a desigualdade não é um alvo específico da Assistência Social. No entanto, a reta que caracteriza a relação entre ambas as variáveis é, também, negativamente inclinada, com inclinação de $-0,0048$ pontos de Gini e essa diferença equivale a 2,6% da média do índice dos municípios brasileiros em 2000. Assim, os municípios que adotaram o CRAS nos primeiros anos da expansão tendiam a ser não apenas mais pobres, mas relativamente mais desiguais.

C.2. Mercado de Trabalho. Como discutido acima, uma das funções da Assistência Social é de estimular a inclusão produtiva —entendida como o conjunto de ações de promoção do direito positivo ao trabalho, com consequências duradouras para o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres. A Figura 6 considera se os CRAS chegaram primeiro em municípios com mercados locais de trabalho mais ou menos desenvolvidos, considerando o nível de atividade econômica e a taxa de formalização da força de trabalho. O gráfico na parte superior considera como indicador de desenvolvimento a taxa de atividade no mercado de trabalho, isto é, a razão entre as pessoas de 18 anos ou mais de idade que eram economicamente ativas, ou seja, que estavam ocupadas ou desocupadas na semana de referência do Censo e o total de pessoas nesta faixa etária multiplicado por 100.⁶ Nota-se que os CRAS chegam primeiro em municípios com taxa de atividade menor, com diferença de $-1,8\%$ na taxa dos mais e menos céleres. Quando consideramos como indicador a por-

centagem de pessoas ocupadas que ocupavam postos formais de trabalho com carteira assinada, o coeficiente da regressão simples que descreve a relação entre as variáveis é de aproximadamente 0,91 pontos percentuais e, assim como no caso da taxa de atividade, estatisticamente significativa. Usando a média em 2000 (36,0%), encontra-se que a diferença entre os municípios mais e menos céleres corresponderia a 7,6%. Conclui-se, portanto, que os CRAS chegaram primeiro em municípios caracterizados por mercados de trabalho menos amplos e menos formalizados.

C.3. Saúde. A Figura 7 descreve de que forma se relacionam indicadores de saúde e o *timing* de adoção dos CRAS. O primeiro gráfico considera a taxa de mortalidade infantil até 5 anos de idade. O coeficiente da regressão simples que descreve a relação entre as variáveis é de aproximadamente $-1,85$ crianças por 1,000 e estatisticamente significativa a 1%. Assim, municípios que adotaram o CRAS nos primeiros anos da expansão tendiam a ter taxas de mortalidade infantil relativamente mais altas. Um padrão semelhante pode ser depreendido da análise da esperança de vida. O coeficiente da regressão simples que descreve a relação entre as variáveis é de aproximadamente $-0,4$ anos de vida e, também nesse caso, estatisticamente significativa. Usando a média da esperança de vida municipal em 2000 (68,4 anos) para pautar a magnitude da correlação, encontra-se que essa diferença corresponderia a 1,8% da esperança municipal média de vida. Conclui-se, portanto, que os CRAS chegaram primeiro em municípios caracterizados por indicadores piores de saúde.

O gráfico na parte inferior da Figura 7 realiza o mesmo exercício utilizando dados sobre a cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). Para manter a comparação o mais consistente possível com os exercícios acima usamos a cobertura média no ano de 2000, a partir dos dados mensais do Sistema de Informação da Atenção Básica. Embora seja possível concluir que a cobertura do PSF era menor nos municípios mais céleres, essa associação é relativamente pequena em magnitude e não é estatisticamente a níveis convencionais.

Comentários Finais

Ao longo das últimas duas décadas, a convergência de esforços para a construção da arquitetura institucional e implementação dos equipamentos, serviços, benefícios e programas do SUAS resultaram numa presença capilar da Assistência Social em todo o país. Um dos personagens centrais nessa história — talvez o personagem central, junto com o Programa Bolsa Família — é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Esta nota técnica utiliza os dados do Censo SUAS para entender a dinâmica da sua expansão no território brasileiro.

A análise revela que o rápido processo de implantação dos

⁵O suporte do índice de Gini vai de 0, quando não há desigualdade (a renda domiciliar *per capita* de todos os indivíduos de um município tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda do município).

⁶Considera-se desocupada a pessoa que, não estando ocupada na semana de referência, havia procurado trabalho no mês anterior.

Figura 6. Correlatos do *Timing* de Implantação dos CRAS nos Municípios Brasileiros: Mercado de Trabalho e Inclusão Produtiva

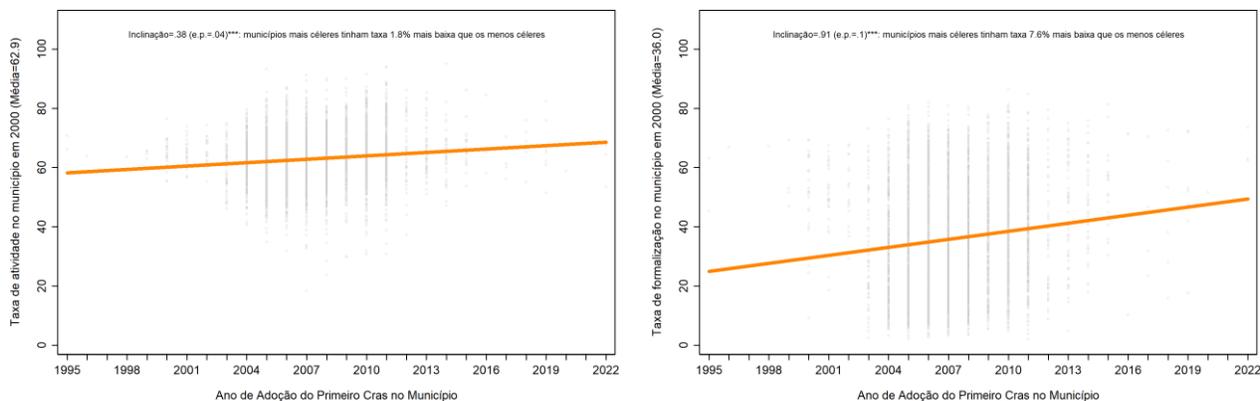
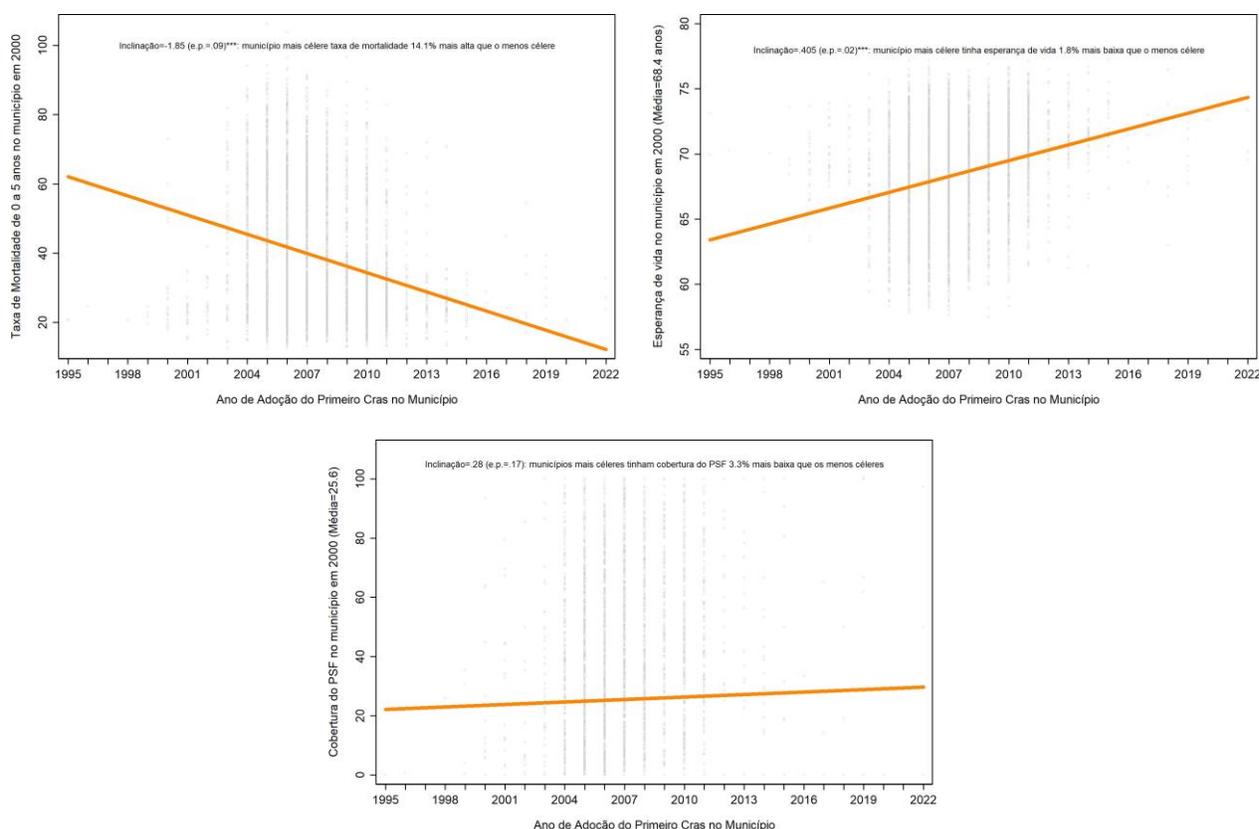


Figura 7. Correlatos do *Timing* de Implantação dos CRAS nos Municípios Brasileiros: Indicadores de Saúde



CRAS logrou alcançar primeiro os municípios onde havia uma parcela e um contingente relativamente maior de pessoas vulneráveis à pobreza. Usando a taxa de extrema pobreza como marcador de vulnerabilidade social, concluímos, por exemplo, que a diferença entre municípios mais e menos céleres equivale a 23% da média da taxa em 2000. Essa é uma associação bastante forte entre as variáveis e sugere que mesmo um processo altamente descentralizado de expansão teve características desejáveis em termos de focalização.

Como os dados do Censo SUAS são de uma riqueza indiscutível, é razoável se perguntar porque a literatura cien-

tífica sobre os impactos causais dos serviços da Assistência Social no Brasil —com ressalva feita ao Programa Bolsa Família (ver [Gerard et al., 2021](#), por exemplo, para um estudo recente)— ainda não alcançou a maturidade das literaturas voltadas às políticas sociais voltadas à Saúde e à Educação. Alguns desafios de conduzir avaliações de impacto são bem conhecidos e não são específicos à Assistência Social. É possível que os municípios que adotaram os CRAS de maneira mais célere tivessem, à época da adoção, mais competência para, ou intenção de, atacar os problemas sociais que acometem a população vulnerável. Além disso,

como vimos, a adoção mais célere está associada à taxa de pobreza do município em 2000, de modo que a associação entre a existência dos CRAS e a pobreza futura corre o risco de gerar mais informação sobre o quão persistente é a pobreza do que sobre o impacto dos CRAS em si.

Outros desafios são, no entanto, específicos à área de Assistência Social. Um deles é que não existe um indicador estabelecido de cobertura, que certamente influenciaria a intensidade dos efeitos —se existentes— dos serviços da proteção social. Não é simples mapear de que forma a entrada dos CRAS em um determinado município gera uma determinada cobertura da população porque, à princípio, os CRAS atendem apenas a quem necessita. Assim, embora saibamos *desde quando* os CRAS estavam nos territórios sabemos pouco sobre com que intensidade eles estavam porque desconhecemos a demanda pelos seus serviços e temos dificuldades de medi-la. Essas dificuldades precisarão ser enfrentadas por pesquisadores interessados em uma caracterização dos impactos do SUAS que esteja à altura dos enormes desafios outorgados aos seus equipamentos, serviços, benefícios e programas. Os resultados de esforços desse tipo poderiam ter consequências importantes para o bom monitoramento do SUAS.

Referências Bibliográficas

Brasil (2004). Política Nacional de Assistência Social. *Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social.*

Brasil (2009). Orientações técnicas: Centro de referência de assistência social-cras.

Gerard, F., Naritomi, J., and Silva, J. (2021). Cash transfers and formal labor markets: Evidence from Brazil.