



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família:
relações intergovernamentais e intersetoriais”***

por

Verena Duarte de Moraes

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cristiani Vieira Machado

Rio de Janeiro, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

***“A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família:
relações intergovernamentais e intersetoriais”***

apresentada por

Verena Duarte de Moraes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Antonio Claret Campos Filho

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman

Prof.^a Dr.^a Cristiani Vieira Machado – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M827g Moraes, Verena Duarte de
A gestão das condicionalidades de saúde do Programa
Bolsa Família: relações intergovernamentais e
intersetoriais. / Verena Duarte de Moraes. -- 2015.
175 f. : il. color. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Cristiani Vieira Machado
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Políticas Públicas. 2. Pobreza. 3. Programas
Governamentais. 4. Renda. 5. Assistência Social. 6. Sistema
Único de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 363.882

*À minha mãe, que sempre esteve ao meu lado
e contribuiu imensamente para esta conquista.*

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus pela sua presença em todos os dias da minha vida, estando sempre ao meu lado concedendo-me vitórias, conquistas e mais essa etapa vencida.

À minha família, especialmente minha mãe, pelo incentivo, confiança e apoio ao longo de mais essa caminhada.

À Cristiani Machado, minha orientadora, pela presença constante na condução desse trabalho, por toda sua dedicação e acolhimento. A cada orientação aprendia um pouco mais, desfrutando de momentos valiosos de conhecimento. Minha mais profunda admiração, pois a considero um exemplo de profissional.

Ao meu amor Ramires por compreender meus finais de semana ausente, por dividir minhas preocupações e felicidades desde a aprovação no mestrado até este momento, pelas doces palavras de incentivo e por acreditar mais do que ninguém em mim.

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e momentos felizes que podemos desfrutar juntos durante esse dois anos.

Agradeço principalmente aos dirigentes e profissionais que aceitaram participar da pesquisa, compartilhando suas visões e conhecimentos.

À Jeni Vaitsman e Antonio Claret por terem aceitado participar da banca de qualificação e defesa desta dissertação, contribuindo com valiosos comentários.

E por fim, agradeço a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para a conclusão dessa dissertação.

Venho pela presente solicitar o cancelamento do benefício (nº...) concedido a meus filhos, por motivo de melhoria salarial agradeço e peço cancelamento, por não ser mais necessário no momento. (interior do Ceará, 08/06)

Cohn, 2012

Resumo

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa nacional de transferência de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. O recebimento do benefício monetário está vinculado ao cumprimento pelas famílias de condicionalidades nas áreas de educação, saúde e assistência social. As condicionalidades do programa têm suscitado um amplo debate, com posicionamentos contrários e favoráveis à sua existência. As condicionalidades de saúde se referem a ações básicas (imunização, pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil) que já deveriam ser garantidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa desenvolvida teve como objetivo analisar a gestão das condicionalidades de saúde do PBF no contexto do município do Rio de Janeiro, considerando os propósitos e diretrizes da política nacional e as relações intergovernamentais e intersetoriais na gestão local do programa. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, que envolveu revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e realização de vinte entrevistas semiestruturadas com dirigentes e profissionais envolvidos na gestão do PBF. A pesquisa demonstrou que o desenho dos programas próprios de transferência de renda implantados na esfera estadual (Renda Melhor) e municipal (Cartão Família Carioca) incorporou inovações relevantes. Além disso, constataram-se diferenças na lógica subjacente às condicionalidades entre esses dois programas. As relações intersetoriais na gestão local das condicionalidades da saúde do PBF demonstraram-se frágeis no que concerne à interação entre a saúde e a assistência social. No gerenciamento das condicionalidades de saúde, destacou-se o limitado envolvimento dos profissionais de saúde, a ênfase em procedimentos formais com ações fragmentadas e pouco qualificadas e ainda a insuficiência de recursos humanos, especialmente na área de assistência social. Conclui-se que a gestão local das condicionalidades de saúde expressa dificuldades de diferentes ordens, cuja superação exigiria maior coordenação intergovernamental e intersetorial entre os serviços de cada área, incluindo melhoria das condições de trabalho e maior envolvimento dos profissionais. Por fim, ressalta-se que a efetividade das condicionalidades da saúde pode ser limitada, se não estiver acompanhada de políticas estruturais e da expansão e qualificação de serviços universais.

Palavras Chave: Políticas Públicas, Pobreza, Programas Governamentais, Renda, Assistência Social, Sistema Único de Saúde, Programas de Transferência Condicionada de Renda, Programa Bolsa Família

Abstract

The Program Bolsa Família (PBF) is a Brazilian national conditional cash transfer program aimed at families in poverty or extreme poverty. Receiving the financial benefit is dependent on meeting conditionalities in the areas of education, health and social assistance, which constitutes a controversial aspect of the program. The health conditionalities refer to basic actions (immunization, prenatal care, nutritional monitoring of children) that should already be ensured under the Unified Health System (SUS). This study aimed to review the management of the PBF health conditionalities in the context of the municipality of Rio de Janeiro, considering the objectives and guidelines established by national policy and the relations between different levels of government and different sectors in the local management of the program. The methodology employed was a case study, involving bibliographic review, documental analysis, analysis of secondary data and twenty semi-structured interviews with managers and other staff involved in PBF management. The study showed that cash transfer programs implemented at a state level (Renda Melhor) and municipal level (Cartão Família Carioca) have incorporated important innovations. Furthermore, differences were found in the underlying logic of the conditionalities between these two programs. The cross-sectorial relations in the local management of the PBF health conditionalities were found to be fragile in terms of the interaction between health and social assistance. Apparent in the management of the health conditionalities were the limited involvement of health care professionals, the emphasis on formal procedures with fragmented, under qualified actions and the lack of human resources, especially in the area of social assistance. It is concluded that the local management of the health conditionalities faces difficulties of different kinds, and to overcome them will require greater coordination between the different levels of government, sectors and services of each area, including improved work conditions and greater involvement of professionals. Finally, it is underlined how the effectiveness of the health conditionalities could be limited if it is not supported by structural policies to expand and qualify universal services.

Keywords: Public Policies, Poverty, Government Programs, Income, Social Assistance, Unified Health System, Conditional Cash Transfer Programs, Bolsa Família Program.

Lista de quadros, tabelas e figuras

Quadros

Quadro 1: Modalidades de Intervenção do Estado na área social	23
Quadro 2: Programas de Transferência de Renda instituídos nos países da América Latina	31
Quadro 3: Tipos, valores e públicos-alvo dos benefícios do Bolsa Família.....	55
Quadro 4: Oferta do Governo Federal de programas complementares	58
Quadro 5: Responsabilidades das Instâncias Governamentais no monitoramento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família	70
Quadro 6: Síntese das dimensões, componentes/ variáveis e fontes/estratégias metodológicas do estudo	98
Quadro 7: Condicionalidades da saúde do CFC por grupo de beneficiários.....	121
Quadro 8: Quantitativo de famílias beneficiárias por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro -2008-2013.	133

Tabelas

Tabela 1: Acompanhamento das condicionalidades da educação e da saúde por região.	78
Tabela 2: Características demográficas do município do Rio de Janeiro (RJ) - 2010....	85
Tabela 3: Índice de Desenvolvimento Humano no município e estado do Rio de Janeiro, nos anos 1991, 2000 e 2010	87
Tabela 4: Ranking do Índice de Desenvolvimento Municipal nos anos 1991, 2000 e 2010	88
Tabela 5: Óbitos mais frequentes, por sexo, segundo a causa CID-10 do Município do Rio de Janeiro no ano 2012	88
Tabela 6: Características demográficas da Área de Planejamento de Saúde 3.1-2014..	90
Tabela 7: Índice de Desenvolvimento Humano, por ordem de IDH, segundo os bairros da AP 3.1- 2000.....	91
Tabela 8: Unidades Básicas de Saúde da AP 3.1, segundo tipos de unidade e bairros de localização-2014.....	92

Tabela 9: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), segundo bairros de abrangência -2014.....	93
Tabela 10: Sistematização das unidades selecionadas, quantidade de entrevistas pelos respectivos atores e a abrangência das UBS e dos CRAS.....	97
Tabela 11: Evolução do número de famílias com perfil saúde e do número de famílias acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa. Brasil, 2005-2013.....	100
Tabela 12: Famílias com perfil saúde e percentual de acompanhamento nas condicionalidades da saúde por estado. Brasil, na segunda vigência de 2013.....	102
Tabela 13: Número de famílias beneficiárias no município do Rio e no Brasil – 2005 a 2013.....	115
Tabela 14: Famílias não acompanhadas nas condicionalidades da saúde no estado e município do Rio de Janeiro na primeira vigência de 2013.	126
Tabela 15: Consolidado das respostas dadas pelos profissionais de atenção básica entrevistados no município do Rio de Janeiro - 2013.	130
Tabela 16: Percentual de acompanhamento nas unidades visitadas na primeira vigência de 2014.	138

Figuras

Figura 1: América Latina: Acesso a serviços de inserção laboral e geração de renda por meio dos programas de transferência de renda com condicionalidades.....	38
Figura 2: Ciclo virtuoso da proteção social não contributiva.....	40
Figura 3: Esquema das propostas do projeto Fome Zero	48
Figura 4: Eixos de atuação do Plano Brasil Sem Miséria.....	52
Figura 5: Evolução de Famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família-2004 a 2013.	53
Figura 6: Fluxo de monitoramento das condicionalidades da saúde.....	74
Figura 7: Sistematização do desenho do estudo	82
Figura 8: Mapa da divisão territorial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo seus municípios	86
Figura 9: Divisão territorial do Município do Rio de Janeiro nas 10 Áreas Programáticas da Saúde.....	89
Figura 10: Modelo do cartão compartilhado Renda Melhor e Bolsa Família	112
Figura 11: Modelo do cartão do programa municipal denominado Cartão Família Carioca.....	119

Figura 12: Cadastro de Beneficiários do Cartão Família Carioca por cobertura de Saúde da Família no Rio de Janeiro	123
Figura 13: Percentual de famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde no município do Rio de Janeiro.....	125
Figura 14: Percentual das famílias totalmente acompanhadas pela AP – 2008 a 2013.	134
Figura 15: Percentual de beneficiários acompanhados na primeira vigência de 2014 por Área de Planejamento	135
Figura 16: Percentual de beneficiários acompanhados por tipo de unidade na AP 3.1 na primeira vigência de 2014.	136
Figura 17: Percentual de beneficiários acompanhados nas unidades tipo A (CF e CMS) na AP 3.1, na primeira vigência de 2014.	137

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário da Saúde
AP	Área de Planejamento
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BPC	Benefício de Prestação Continuada
BSP	Benefício para Superação da Extrema Pobreza
BVG	Benefício Variável à Gestante
BVJ	Benefício variável vinculado ao adolescente
CadÚnico	Cadastro Único
CAP	Coordenadoria de Atenção Primária
CBIA	Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência
CDS	Coordenadoria de Desenvolvimento Social
CF	Constituição Federal
CF	Clínica da Família
CFC	Cartão Família Carioca
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Centro Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONSEA	Conselho de Segurança Alimentar
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRE	Coordenadoria Regional da Educação
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
ENEM	Exame Nacional de Ensino Médio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GAT	Grupo de Apoio Técnico
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
INCRA	Instituto de Colonização e Reforma Agrária
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAPS	Ministério da Assistência e Promoção Social
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC	Ministério da Educação
MESA	Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NIS	Número de Identificação Social
NOB	Norma Operacional Básica

OIT	Organização Internacional do Trabalho
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PBF	Programa Bolsa Família
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PTR	Programas de Transferência de Renda
PTRC	Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades
RM	Renda Melhor
RMRJ	Região Metropolitana do Rio de Janeiro
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SAGI	Secretaria de Gestão da Avaliação e Gestão da Informação
SEASDH	Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos
SEEDUC	Secretaria de Estado de Educação
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICON	Sistema de Condicionalidades do PBF
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	13
Capítulo 1 – Proteção Social e a Emergência dos Programas de Transferência Condicionada de Renda.....	21
1.1 Proteção Social: aspectos teóricos e históricos.....	21
1.2 O combate à pobreza e as Políticas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina.....	29
Capítulo 2 – As Políticas de Combate à pobreza no Brasil e o Programa Bolsa Família	42
2.1 A Política de Assistência Social no Brasil: Breve Trajetória	42
2.2 O Programa Bolsa Família: Desenho e Diretrizes	53
2.3 A gestão do Programa Bolsa Família: coordenação intergovernamental e intersetorial	59
2.4 As Condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família.....	69
Capítulo 3 - Metodologia	80
3.1 Desenho do Estudo	80
3.2 Dimensões e componentes/variáveis de análise	83
3.3 Cenário de Estudo.....	84
3.4 Estratégias metodológicas	94
Capítulo 4- A gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família nos planos federal e estadual.....	99
4.1 O Programa Bolsa Família na esfera federal	99
4.2 O Programa Bolsa Família na esfera estadual	106
Capítulo 5 - Programas de Transferência Condicionada de Renda e gestão das condicionalidades da saúde no município do Rio de Janeiro.....	115
5.1 O Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro	115
5.2 O Programa Cartão Família Carioca.....	118
5.3 Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio.....	124
5.4 Gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na Área de Planejamento 3.1	131
Considerações Finais.....	151
Referências Bibliográficas	158

Apêndices.....	170
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Modelo para dirigente da área de Saúde ou de Desenvolvimento Social).....	166
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Modelo para profissional da área de Saúde ou da Assistência Social).....	168
Apêndice C – Roteiro de entrevista (Modelo para profissional da área de Saúde ou da Assistência Social)	170
Apêndice D – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes municipais da área de Saúde e de Desenvolvimento Social)	171
Apêndice E – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes estaduais da área de Saúde e de Desenvolvimento Social)	172
Apêndice F – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes federais da área do MS/MDS)	173

Apresentação

Esta dissertação é parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP / FIOCRUZ e se relaciona ao projeto intitulado "Desenvolvimento, proteção social e política de saúde: o Brasil no contexto internacional." ¹

A escolha do objeto deste estudo – a gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) no município do Rio de Janeiro - tem relação, em primeiro lugar, com o cotidiano profissional da autora. A atuação na assessoria técnica em uma das Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) do município do Rio de Janeiro, na qual o principal encargo era auxiliar os profissionais das unidades de saúde da área no gerenciamento local do PBF, suscitou inúmeras reflexões sobre as condicionalidades de saúde do programa.

O exercício profissional na linha de frente do programa permitiu vivenciar as diversas dificuldades e questões existentes na operacionalização e na gestão das condicionalidades de saúde, especialmente em um município peculiar como o Rio de Janeiro. O cotidiano profissional, associado à trajetória acadêmica da autora ² possibilitou também enxergar diversas facetas do programa, o que provocou questionamentos sobre as condicionalidades de saúde estabelecidas para os beneficiários do PBF.

Além disso, a temática das políticas de combate à pobreza, particularmente dos Programas de Transferência de Renda (PTR) destaca-se na produção acadêmica nacional, internacional e no plano de políticas sociais da região da América Latina. No Brasil, a discussão acerca dos PTR é mais evidente após a Constituição de 1988, que conferiu destaque à instituição dos mínimos sociais. ³

Os programas de transferência de renda às famílias com condicionalidades têm seu início no Brasil, com as experiências municipais pioneiras de Campinas (SP) e do Distrito Federal, em 1995. Na esfera federal, tais programas ganharam destaque no Governo do Fernando Henrique Cardoso (FHC), quando foram lançados os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás. O governo Lula, por sua vez, lançou o Programa Cartão

¹ O referido projeto é coordenado pela orientadora Cristiani Vieira Machado.

² Graduação em nutrição na Universidade Federal do Rio de Janeiro e Residência em Saúde Coletiva no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro

³ O Benefício de Prestação Continuada destaca-se como exemplo dos mínimos sociais

Alimentação. Em outubro de 2003, o governo federal unificou todos esses programas e criou o Programa Bolsa Família.

O PBF é um programa de transferência de renda com condicionalidades destinado às famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza. As condicionalidades do programa estão voltadas para a área de educação, saúde e assistência social.⁴ O recebimento do benefício, pelas famílias, está vinculado ao cumprimento dessas contrapartidas. O programa suscitou, desde sua formulação, posicionamentos contrários e favoráveis no que concerne a sua relevância social e à existência das condicionalidades. Apesar dos questionamentos, o PBF completou 10 anos, no ano de 2013, e se consolida como a política pública de governo de maior destaque no eixo da proteção social. É a proposta mais ampla de transferência direta de renda já implementada no Brasil contemplando, atualmente, mais de 13 milhões de famílias.

Considerando a experiência profissional da autora na área da saúde, o amplo debate no cenário mundial, envolvendo as condicionalidades e, sobretudo a história exitosa que o programa apresenta em 10 anos, algumas questões surgiram como norte para a pesquisa, tais como: sabendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro possui como diretriz essencial a universalidade do acesso e que a saúde é reconhecida como um direito de cidadania, qual é o propósito e o sentido das condicionalidades de saúde do PBF? Como ocorre a gestão das condicionalidades da saúde em um município de grande porte, como o Rio de Janeiro que detém uma ampla rede de serviços de saúde e de assistência social? E por fim, considerando as relações federativas e o caráter intersetorial inerente às condicionalidades do programa, apresenta-se a última questão: como ocorre a gestão intergovernamental e intersetorial do PBF?

Nesta perspectiva, surge o interesse por este estudo, cujo objetivo geral é analisar a gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) no município do Rio de Janeiro. Os objetivos específicos são: identificar os propósitos e diretrizes relativas às condicionalidades de saúde do PBF na política nacional; descrever as estratégias de gestão das condicionalidades de saúde no município do Rio de Janeiro e caracterizar a gestão das condicionalidades de saúde do PBF, no que se refere às relações intergovernamentais e intersetoriais.

⁴ Na educação, crianças e adolescentes devem manter uma frequência escolar mínima que varia de 85% a 75% dependendo da idade. Na área da saúde, as crianças devem ter o acompanhamento do cartão de vacinação, crescimento e desenvolvimento. As mulheres também devem ser acompanhadas e se gestantes devem realizar o pré-natal. Na área de assistência social, crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) devem ter frequência escolar mínima de 85% e participar de serviços sociais oferecidos pelo PETI.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo se assenta em quatro argumentos interrelacionados. O primeiro argumento está centrado na relevância da questão da pobreza, que apesar de não ter uma definição única e universal, é um traço marcante que acompanha há muito tempo a região da América Latina, com repercussões negativas para a sociedade.

A problemática da pobreza possui raízes históricas de longa data, principalmente no continente latino-americano, conseqüência do processo histórico e político vivenciado nessa região. As crises econômicas e as agendas de ajuste estrutural que assolaram a maioria dos países nos anos 1970 e 1980 ocasionaram o agravamento da pobreza, da fome e das desigualdades socioeconômicas, condenando largas parcelas da população a péssimas condições de vida.

Estima-se que a referida região possua 28,1% da população em condições de pobreza, e 11,7% em condições de pobreza extrema ou indigência. Em números absolutos, estes valores correspondem a 165 milhões e 69 milhões de pessoas respectivamente (Cepal, 2014).

Nesse cenário, o problema da fome e da pobreza ganhou centralidade na agenda pública, tanto das organizações nacionais e internacionais, bem como dos órgãos governamentais. Na década de 90, diante da ênfase no ajuste macroeconômico, os debates acerca da necessidade da implementação de políticas de combate à pobreza ganharam destaque.

Em virtude dessa questão, apresenta-se o segundo argumento que concerne à importância que as políticas de combate à pobreza adquiriram para os governos dos países latino americanos nos anos 1990, com destaque para a emergência dos Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades (PTRC).

Os PTRC destinam mensalmente certa quantia monetária para as famílias classificadas como pobres ou extremamente pobres, tendo por objetivos melhorar as condições de saúde e de educação desta parte da população excluída socialmente do mercado de bens e serviços (Mattei, 2010).

De acordo com a Cepal (2006), tais programas, em sua maioria, demonstram impactos positivos como: aumento da renda familiar; aumento da escolaridade, na taxa de matrícula e frequência escolar; aumento significativo no acesso aos serviços de saúde, particularmente para as crianças, e no que diz respeito ao aspecto nutricional, proporcionam uma alimentação mais variada. As transferências de renda também têm contribuído para a redução das taxas de pobreza na região latino-americana, embora a contribuição mais significativa seja a renda advinda do trabalho.

No Brasil, a Constituição Federativa de 1988 buscou romper com o modelo anterior de

proteção social no país, de base meritocrática, e avançar para um modelo universalista. A Carta Magna estabeleceu o modelo de Seguridade Social no Brasil composto pelas três grandes áreas: Assistência Social, Previdência e Saúde. A inclusão da Assistência Social foi uma decisão inovadora que visou a ampliação dos direitos sociais, estendido para todos os cidadãos, independente de contribuição pretérita.

Nesse sentido, o terceiro argumento tem relação com o estabelecimento da Seguridade Social brasileira pela Constituição Federal de 1988, que imprimiu uma inflexão nas políticas públicas sociais, com uma nova perspectiva para a assistência social.

As transferências de renda não contributivas inserem-se no contexto da Seguridade Social brasileira e se estenderam a partir da segunda metade da década de 1990. Sobre as transferências de renda não contributivas é importante destacar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - previsto desde a Constituição de 1988 - destinado às pessoas com deficiência e idosos de baixa renda. O BPC flexibilizou o caráter contributivo do sistema de proteção social na medida em que efetivou o preceito constitucional de renda mínima para este segmento da população. O surgimento posterior dos programas de transferência de renda com condicionalidades (que também independem de contribuição pretérita) ampliaram a rede de proteção social brasileira, estendendo os benefícios monetários para outros segmentos vulneráveis da população. Nesse sentido, políticas de transferência de renda vêm se consolidando como uma importante faceta do sistema de proteção social brasileiro, trazendo mudanças relevantes no campo da política social.

Inicialmente, ocorreu uma profusão de experiências municipais com implementação de programas dessa natureza. No final dos anos 1990, foram criados os programas federais Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás. Entretanto, é somente com a criação do Programa Bolsa Família (PBF) que este tipo de programa se espalha por todo o país, alcançando atualmente mais de 13 milhões de famílias, o que confere um grau de cobertura significativo.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado pelo governo federal em outubro de 2003, tem como objetivo enunciado instituir um programa nacional de transferência condicionada de renda às famílias pobres, que seja capaz de reduzir a pobreza e seu ciclo intergeracional. Tal programa possui três pilares essenciais, baseados na transferência de renda, condicionalidades e programas complementares.

O PBF vem apresentando resultados significativos, em diversos aspectos. No que concerne à desigualdade de renda, Soares (2006) afirma que os programas de transferência de renda, tais como o Bolsa Família, são responsáveis por $\frac{1}{4}$ da queda da desigualdade entre

1995 e 2004. Seguindo essa vertente, observa-se também uma redução de dois pontos percentuais na proporção de pobres e indigentes no Brasil (Soares et al., 2006). É importante ressaltar que apesar da melhoria na distribuição de renda e da redução da pobreza, o Brasil ainda é um dos países mais desiguais da América Latina, situando-se em quarto lugar, atrás apenas de Guatemala, Honduras e Colômbia (ONU, 2012). Em relação à saúde, de acordo com a OMS (2013) o programa contribuiu para reduzir a mortalidade infantil entre os menores de 5 anos. Corroborando essa ideia, Rasella et al., (2013), afirmam que a taxa de mortalidade infantil em particular para mortes atribuíveis a causas relacionadas com a pobreza, como desnutrição e diarreia, é menor na medida em que se aumenta a cobertura do PBF.

O PBF exige das famílias beneficiadas contrapartidas ou corresponsabilidades – as chamadas condicionalidades – que se traduzem na obrigatoriedade de inserção de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes em determinados programas de saúde e de crianças e adolescentes na escola. Em situação de não cumprimento de tais exigências, as famílias beneficiárias podem ser desligadas do programa.

A presença de condicionalidades no desenho do Programa Bolsa Família tem suscitado inúmeras indagações, proporcionando uma ampla discussão entre os estudiosos de políticas sociais, profissionais envolvidos com a implementação do programa e aqueles que lidam diretamente em seu cotidiano com as famílias beneficiárias. Pode-se entender que a imposição das condicionalidades tem como objetivo incentivar a demanda por serviços sociais como saúde e educação e ampliar o acesso da população mais pobre a direitos sociais básicos, promovendo dessa forma, acumulação de capital humano e a possibilidade de interromper o ciclo intergeracional da pobreza que perpetua nessas famílias. Além disso, o aumento da demanda por tais serviços deve ser capaz de incentivar expansões e melhorias na oferta desses serviços pelo poder público.

Os governos têm então responsabilidade sobre as condicionalidades, na medida em que deve garantir o acesso e a oferta aos serviços. Entretanto, é notório que nosso Sistema Único de Saúde (SUS) possui inúmeros problemas que podem dificultar o acesso da população, particularmente os mais pobres aos serviços de saúde. Assim, penalizar as famílias por possíveis gargalos na oferta desses serviços pode ser improcedente.

Destaca-se que alguns estudiosos questionam que a exigência das condicionalidades as famílias pobres pode-se configurar como uma violação de direitos (Lavinias, 2013; Silva, 2006). Já outro grupo de estudiosos relaciona a existência das condicionalidades às questões morais e de juízo de valor, ou seja, ao argumento que ninguém poderia receber um benefício

monetário do governo sem dar nada em troca (Medeiros; Britto; Soares, 2007).

Somando-se a esse amplo debate, observa-se a complexidade existente na gestão das condicionalidades dado o seu desenho, pois o processo deve envolver diferentes setores (saúde, educação e assistência), além de incluir diversos atores na sua operacionalização. Nesse sentido, a gestão intersetorial das condicionalidades exige um alto grau de organização e coordenação entre tais setores e atores, o que confere um grande desafio nos arranjos intersetoriais. Além da complexidade existente nas relações intersetoriais, as relações intergovernamentais constituem grandes desafios no âmbito de um programa de abrangência nacional, com gestão descentralizada, como o PBF. Especialmente no município e no estado do Rio de Janeiro, a relação entre as esferas de governo assume grande relevância pela articulação dos seus programas próprios (Cartão Família Carioca e Renda Melhor, respectivamente) ao programa federal Bolsa Família.

Nesse sentido, o último argumento que justifica o estudo diz respeito às polêmicas e à complexidade da gestão das condicionalidades de saúde exigidas pelo PBF.

A relevância desta pesquisa circunscreve-se ao tema das condicionalidades da saúde apresentar diversas questões que podem dificultar sua gestão e operacionalização em um grande município como o Rio de Janeiro. Por exemplo, a estimativa nacional a partir de dados relativos ao primeiro semestre de 2013 revela que 73,18% dos beneficiários com perfil saúde do país cumpriram as exigências do programa, enquanto que o município do Rio de Janeiro situou-se abaixo da média nacional, com 45,32% de cumprimento das condicionalidades de saúde (Sagi, 2013).

No que diz respeito à importância deste estudo para a área de Saúde Pública, buscou-se trazer contribuições para a compreensão dos propósitos e dos desafios da gestão das condicionalidades de saúde do PBF, dado o contexto do sistema de saúde do Brasil, que possui como diretriz essencial a universalidade do acesso. É importante também desenvolver mais estudos que contribuam para o debate da saúde, pois há mais pesquisas relativas às condicionalidades voltadas para a educação. Além disso, o estudo se faz necessário em virtude da expressão social que tem adquirido o PBF nacionalmente e internacionalmente, particularmente pelos resultados positivos alcançados.

Dessa forma, a pesquisa visa colaborar com o amplo debate que há sobre o tema, bem como contribuir para o aprimoramento de estratégias de gestão local do programa, visando a melhoria da atenção aos beneficiários.

Além desta apresentação, a dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro capítulo, intitulado “Proteção social e a Emergência dos Programas de Transferência

Condicionalidade de Renda”, se inicia por uma breve revisão de literatura sobre aspectos teóricos e históricos da proteção social nos países avançados e nos países latino-americanos, destacando as peculiaridades da origem e do desenvolvimento desses sistemas. A seguir destaca o surgimento das políticas sociais de combate à pobreza, na região latino-americana, expressas principalmente nos Programas de Transferência de Renda (PTRC), destacando seus principais objetivos e características.

O segundo capítulo denominado “As Políticas de Combate à Pobreza no Brasil e o Programa Bolsa Família”, parte de uma breve discussão sobre a Assistência Social Brasileira, enfatizando as principais estratégias políticas formuladas com o objetivo de combater e reduzir a pobreza no país. Segue-se uma caracterização do desenho e das diretrizes gerais do Programa Bolsa Família, bem como uma discussão dos desafios de articulação intergovernamental e gestão intersetorial do programa. No último tópico do capítulo, abordam-se as condicionalidades de saúde do referido programa.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia da pesquisa, incluindo o desenho do estudo, as dimensões e componentes/variáveis de análise e uma descrição do cenário de pesquisa que considera as principais características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas do local de estudo. Por fim, são descritas as estratégias metodológicas da pesquisa, que compreendeu revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e realização de entrevistas semiestruturadas com dirigentes e profissionais de saúde e de assistência social.

O quarto capítulo intitulado “A gestão das Condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família nos planos federal e estadual”, analisa a gestão das condicionalidades do PBF na esfera federal e estadual, destacando as relações intergovernamentais e intersetoriais inerentes ao programa. Neste capítulo descreve-se brevemente o programa estadual do Rio de Janeiro (o Programa Renda Melhor), que é integrado ao programa federal. A descrição do programa estadual foi necessária, pois os acordos de cooperação realizados com a União para a integração de programas locais com o Bolsa Família enquadram-se na dimensão intergovernamental.

O quinto capítulo denominado “Programas de Transferência Condicionada de Renda e gestão das condicionalidades no município do Rio de Janeiro”, examina a gestão das condicionalidades da saúde na esfera municipal. Além dos dados relativos à implementação do PBF no município, apresentam-se as características do programa local de transferência de renda denominado Cartão Família Carioca (CFC), pela sua relevância e repercussões em termos de gestão intergovernamental e intersetorial das condicionalidades. Segue-se então a

análise da gestão das condicionalidades da saúde no âmbito municipal a partir do estudo dos processos gerenciais em uma área de Planejamento do município do Rio de Janeiro.

Por fim, nas considerações finais, ressaltam-se os principais resultados da pesquisa à luz da literatura, bem como as suas possíveis contribuições para o conhecimento e a reflexão sobre a política social do país, considerando contexto mais geral em que o estudo se insere. Além disso, identificam-se os limites do estudo e questões a serem aprofundadas em estudos posteriores.

Capítulo 1 – Proteção Social e a Emergência dos Programas de Transferência Condicionada de Renda

Este capítulo aborda os aspectos teóricos e históricos da proteção social nos países desenvolvidos e na região latino-americana, destacando as peculiaridades da origem e do desenvolvimento desses sistemas na região. Em um segundo momento discute-se o surgimento das políticas de combate à pobreza na América Latina, expressas principalmente nos Programas de Transferência Condicionada de Renda, enfatizando seus objetivos, características e sua contribuição como estratégia de política social no combate à pobreza.

1.1 Proteção Social: aspectos teóricos e históricos

Segundo Viana e Levcovitz (2005, p. 17) a proteção social pode ser definida como: “Ação coletiva de proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência.”

Até o século XIX, a base do sistema de proteção social era a família, a comunidade, as associações filantrópicas e religiosas. Para Sposati (2009) o sentido de proteção supõe antes de tudo, tomar a defesa de algo, impedir sua destruição, sua alteração. Possui um caráter preservacionista e de defesa da vida, supõe apoio, socorro, resguarda e amparo.

Nos países desenvolvidos uma das experiências pioneiras mais conhecidas no campo da política social foram as *Poor Laws*⁵, promulgadas na Inglaterra em 1601 (Vanderborght; Parijs, 2006).

No século XIX, o surgimento da Revolução Industrial associado a outros fatores econômicos, políticos e institucionais leva à ampliação da desigualdade e insegurança, tornando-se necessárias outras formas de proteção social, que não se restringissem somente aos mais desfavorecidos. Nesse contexto e com o objetivo de atenuar as tensões existentes nas

⁵ *Poor Laws* ou Lei dos Pobres foi um mecanismo criado e reeditado por várias vezes na Inglaterra para regular a pobreza por meio da assistência social. Responsabilizava as congregações religiosas pela subsistência dos pobres e diferenciava-os entre si: aqueles merecedores de assistência, sem restrições; os incapacitados de trabalhar; aqueles aptos a trabalhar, mas com ausência de vínculos familiares e aqueles que, contrários ao trabalho, deveriam passar por casas de correção (Vanderborght; Parijs, 2006).

classes trabalhadoras, surge o modelo “bismarckiano”,⁶ em que a proteção social deixa de ser uma atividade marginal para tornar-se, pouco a pouco, uma das tarefas essenciais da autoridade pública (Vanderborght; Parijs, 2006).

Os sistemas de proteção social modernos diferenciam-se dos antigos sistemas de proteção social, justamente pela entrada da intervenção do Estado e de categorias profissionais, na assunção das funções clássicas de proteção social, já no final do século XIX e início do século XX (Viana; Levcovitz, 2005). Os modernos sistemas de proteção social surgiram para atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento dos mercados, principalmente as diferenças de salários, renda e consumo (Viana; Machado, 2008).

Tais sistemas de proteção social buscam responder a algumas questões que estão no cerne da organização das políticas públicas de proteção social: quem será protegido (pobres, trabalhadores e/ou todas as pessoas); como será protegido (diferentes formas de articulação entre Estado, mercado e famílias); quem assume as funções de proteção (famílias, comunidades, instituições religiosas, categorias profissionais e/ou Estado); o que as políticas incluem (tipos e escopo de políticas e de programas) (Viana; Levcovitz, 2005).

Nos modernos sistemas de proteção social, há diferentes modalidades de intervenção do Estado na área social. Essas podem ser agrupadas conforme três modalidades básicas de ação: a assistência social, o seguro social e a seguridade social, descritas a seguir.

A assistência social compreende a distribuição de bens e recursos para camadas específicas da população, de acordo com necessidades tópicas, sendo ações de tipo focalizado, residuais e seletivas. A segunda modalidade, o seguro social, consiste na distribuição de benefícios a categorias ocupacionais específicas. Já a seguridade social refere-se à distribuição de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de determinada unidade territorial (Viana; Levcovitz, 2005).

O quadro 1 demonstra os padrões diferenciados de intervenção do Estado nas diversas áreas.

⁶ O Modelo “Bismarkiano” tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Baseia-se no princípio do mérito onde os indivíduos deverão receber compensações proporcionais a suas contribuições. O seguro social está então voltado para grupos de trabalhadores do mercado formal, já politicamente organizados (Fleury; Ouverney, 2012).

Quadro 1: Modalidades de Intervenção do Estado na área social

	MODALIDADE		
	Assistência	Seguro	Seguridade
Cobertura	Marginal	Ocupacional	Universal
Prestação	Ad hoc	Contributivo/ redistributivo	Homogênea de soma fixa
Financiamento	Fiscal	Contributivo	Fiscal

Fonte: Viana e Levcovitz (2005, p. 18).

Após a II Guerra Mundial, ainda em relação aos modelos de intervenção dos Estados, destacam-se as políticas “keynesianas”, nos países avançados, que tinham em seu ideário a geração de pleno emprego, criação e execução de políticas e serviços sociais defendendo o papel intervencionista do Estado. A reconstrução dos países europeus capitalistas no Pós-Guerra se sustentou majoritariamente por ideais universalistas de proteção social e pelo modelo keynesiano de intervenção do Estado no desenvolvimento econômico e social, expressos no Estado de Bem Estar Social (*Welfare State*) (Santos, 2009).

Nesse sentido, a grande novidade após a II Guerra Mundial foi a imposição de um particular mecanismo de freio às forças brutas da desigualdade socialmente produzidas pelo mercado por meio da ampliação de direitos e da configuração de sistemas mais abrangentes de políticas sociais (Viana; Machado, 2008).

O Estado de Bem Estar Social, após esse período, sofreu grande expansão e institucionalização consolidando-se no continente europeu. Nesse contexto a Inglaterra com o intuito de resgatar o princípio da solidariedade e de justiça social instituiu o famoso relatório *Social insurance and Allied Services*, preparado sob a direção de William Beveridge, que mais tarde ficou conhecido como o plano Beveridge⁷ (Fleury; Ouverney, 2012).

Partindo da premissa que o conceito do *Welfare State* não é unívoco e admite diferenciações dependendo da corrente teórica e/ou da literatura (nacional ou internacional) no qual se apoie, é relevante destacar algumas definições e características do Estado de Bem Estar Social, sem a pretensão de esgotar o assunto, dada à sua complexidade.

Os Estados de Bem- Estar Social ou *Welfare States* visavam dar uma resposta às

⁷ O plano Beveridge propõe um novo modelo de ordem social baseado na condição de cidadania, segundo a qual os cidadãos passam a ter seus direitos sociais assegurados pelo Estado. O caráter igualitário do modelo está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independente de contribuições pretéritas (Fleury; Ouverney, 2012).

crecentes demandas por seguridade socioeconômica em um cenário de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento da seguridade das famílias (Fleury; Ouverney, 2012).

O termo *Welfare State* para Viana e Levcovitz (2005, p. 20):

Refere-se a um tipo específico de intervenção do Estado na área social e é datado historicamente [...] configura um momento e um regime específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais, de efeito sinérgico e incorporando as classes médias em expansão.

Já Draibe (1993, p.19) adota uma concepção do *Welfare State* mais ampla:

Por “Welfare State” estamos entendendo, no âmbito do Estado Capitalista, uma particular forma de regulação social que se expressa pela transformação das relações entre o Estado e a Economia, entre o Estado e a Sociedade, a um dado momento do desenvolvimento econômico. [...] Concretamente, trata-se de processos que, uma vez transformada a própria estrutura do Estado, expressam-se na organização e produção de bens e serviços coletivos, na montagem de esquemas e transferências sociais, na interferência pública sobre a estrutura de oportunidades de acesso a bens e serviços públicos e privados e, finalmente, na regulação da produção de bens e serviços sociais privados.

Para Briggs (2006), o *Welfare State* é um Estado no qual ocorre o uso deliberado do poder organizado (político e administrativo) num esforço para alterar a condição das forças de mercado, no mínimo em três direções: (i) garantindo aos indivíduos e as famílias uma renda mínima independente do valor de mercado da sua força de trabalho ou de sua propriedade; (ii) restringindo a insegurança, colocando os indivíduos e famílias em condições de lidar com certas “contingências sociais” – doença, velhice, invalidez e desemprego - que poderiam provocar crises individuais e familiares; (iii) assegurando que a todos os indivíduos, seja ofertado um “padrão” comum de utilização de serviços sociais, independente da classe social ou status social.

As duas primeiras – garantia de renda mínima e enfrentamento das contingências sociais – receberam intervenções implementadas pela produção de serviços sociais pelo Estado (instituições da previdência ou seguro social, sistemas nacionais de saúde; sistemas de seguro desemprego e outros). A terceira – a garantia de “padrão” comum - vai além dos objetivos do “Serviço Social do Estado” e não está preocupada apenas com a redução das

diferenças de classes, mas com a igualdade de tratamento e as aspirações dos cidadãos. (alargamento do padrão de intervenção visando à legitimidade da ordem democrática) (Briggs, 2006).

Em relação às causas que explicam a emergência dos *Welfare States*, alguns autores dão maior peso a causas de natureza econômica. Neste caso, o fenômeno do *Welfare State* seria um resultado ou subproduto necessário das profundas transformações desencadeadas a partir do século XIX, sejam elas o fenômeno da industrialização e modernização das sociedades ou o advento do modo capitalista de produção. Outras correntes teóricas atribuem o surgimento do *Welfare State* a razões de ordem política ou institucional. Para estes, uma vez dadas determinadas condições econômicas, seja o surgimento dos programas de proteção social, seja suas formas de expansão, seja ainda suas variações, têm como razão causal fatores relacionados à luta de classes, a distintas estruturas de poder político, ou ainda a distintas estruturas estatais e institucionais ⁸ (Arretche, 1995).

Titmuss (1974) imputa três características básicas às políticas sociais: a) visam a satisfação das necessidades dos cidadãos, o que lhes confere caráter beneficente; b) incluem tanto objetivos econômicos quanto não econômicos; e c) apresentam mecanismos redistributivos, no sentido dos segmentos mais ricos para os mais pobres.

O autor distingue três modelos básicos de políticas sociais, configurativos dos diversos formatos de *Welfare States*. O primeiro é o modelo de política social “residual” (*The residual Welfare Model of Social Policy*), que define o mercado e a família como os dois mecanismos naturais pelos quais os indivíduos devem prover suas necessidades. As políticas sociais do Estado intervêm – em caráter temporariamente e limitado – quando esses dois mecanismos são incapazes de garantir, minimamente, a subsistência do indivíduo. Para o autor, os EUA, cujas políticas sociais são em grande parte dirigidas a grupos particulares de indivíduos se apresentam como um exemplo desse primeiro modelo.

O segundo modelo, denominado de modelo “meritocrático” (*The Industrial Achievement Performance Model of Social Policy*), está relacionado ao desempenho e realização nas sociedades industriais, em que as instituições de bem-estar social assumem um importante papel, vinculadas ao mérito, à performance profissional e produtividade no

⁸ Arretche (1995) extrai de diversas obras argumentos explicativos acerca da emergência do fenômeno dos *Welfare States* nos países desenvolvidos. Os argumentos analíticos selecionados são ordenados e apresentados no que concerne à origem e desenvolvimento desse fenômeno. A autora procura distinguir, neste ordenamento, os tipos de causas que orientam os argumentos explicativos identificados.

trabalho. Segue a premissa que cada indivíduo deve ser capaz de garantir suas próprias necessidades. As políticas sociais interferem minimamente nas relações do mercado. A Alemanha e a Áustria podem ser citadas como exemplos desse modelo.

O último modelo é o “redistributivo institucional” (*The Redistributive Model of Social Policy*). Nele, as políticas de bem-estar são consideradas instituições fundamentais para o processo de integração social, oferecendo serviços a todos os cidadãos – o que confere caráter universal- respeitando, no entanto, critérios de necessidades. O modelo inclui ainda, mecanismos redistributivos de renda, que visam garantir a equidade social. A Inglaterra e os países escandinavos exemplificam esse terceiro modelo de política social, pressupondo que o mercado sozinho não seria capaz de superar a insegurança e a pobreza.

Esping-Andersen (1991) propôs outra tipologia identificando três regimes de *Welfare States*. Analisando as variações internacionais da qualidade dos direitos sociais e da estratificação dos regimes dos *Welfare States*, o autor encontra distintas combinações entre Estado, mercado e família. Nesse sentido, o autor conclui que os regimes dos *Welfare States*, assumem características diferentes. Todavia, apesar destas variações, é possível agrupar os países desenvolvidos, segundo três tipos de regime.

No primeiro regime, denominado de *Welfare State* “liberal”, as políticas sociais são destinadas aos indivíduos comprovadamente de baixa renda associando dessa forma, o benefício ao estigma da pobreza. As transferências de caráter universal são mínimas e o plano de previdência social é bem modesto. São exemplos típicos deste regime: Estados Unidos, Canadá e Austrália.

O segundo grupo compreende os *Welfare States* conservadores e fortemente "corporativistas" em que predomina a preservação das diferenças de *status*. Os direitos, portanto, estão ligados à classe e ao *status*. Este corporativismo está por baixo de um edifício estatal inteiramente pronto a substituir o mercado enquanto provedor de benefícios sociais; por isso a previdência privada e os benefícios ocupacionais extras desempenham realmente um papel secundário. Este regime corporativista também sofre influência da Igreja e por isso tem um comprometimento com a preservação da família tradicional. Os benefícios transferidos para as famílias privilegiam a maternidade e serviços como creches ficam em segundo plano. Nesse sentido, o Estado só interfere caso a família não seja capaz de garantir mais segurança para os seus membros. Áustria, França, Alemanha e Itália, se apresentam como exemplos deste regime.

O último regime ocorre em países onde os princípios de universalismo e desmercadorização dos direitos sociais abrangem também as classes médias. Podemos chamá-

lo de regime "social-democrata", pois nestas nações, a social-democracia é claramente a força dominante por trás da reforma social. Os benefícios não são modestos, sendo compatíveis com os gastos da classe média. São, portanto o contrário do que prevaleceu na maioria dos países que garantem benefícios mínimos para suprir as necessidades básicas. O Estado pode interferir antes que a capacidade de ajuda da família se esgote, socializando antecipadamente os custos da família.

O autor ressalta que apesar dos *Welfare States* constituírem grupos, não existe um único caso puro.

Durante os anos 70 os Estados de Bem-estar passam a enfrentar a crise fiscal e a necessidade do ajuste a um ordenamento econômico em acelerado processo de "transnacionalização". Além disso, esse modelo passa a sofrer fortes críticas dos setores empresariais, que atribuíam ao modelo o agravamento da crise. A crítica aos Estados de Bem-estar era que o aumento dos gastos na área social teria ocasionado o aumento da inflação, dos impostos, e por conseguinte o déficit público. Esse cenário trouxe à tona as novas propostas neoliberais (Campos Filho, 2007).

Cabe ressaltar que a expansão da intervenção dos Estados na área social se deu em intensidade e ritmos distintos entre os países. Por exemplo, na América Latina, a origem e o desenvolvimento dos sistemas de proteção social apresentam peculiaridades, não se enquadrando nos regimes característicos dos países avançados. Assim, é importante considerar as especificidades dos sistemas de proteção social nos países latino-americanos.

Em geral, as principais características que marcam a origem e a trajetória dos sistemas de proteção social na América Latina são: desenvolvimento mais tardio em comparação aos países avançados; primeiros programas sociais instituídos nas áreas da previdência e saúde e voltados para categorias profissionais específicas (padrão corporativo-conservador e estratificado); sistemas erigidos e/ou expandidos sob regimes autoritários e diferenciados entre si, no que concerne à cobertura, variedade, escopo das políticas e resultados sociais. (Machado, 2012).

Segundo Draibe (1997) a América Latina não constituiu um *Welfare State* como na Europa. A base dos sistemas de proteção social que os países latino-americanos conseguiram estabelecer, até os anos 70, deu-se de modo diferente, devido a dois grandes conjuntos de motivos: os estruturais e os institucionais e organizacionais.

O alto grau de exclusão social e a baixa equidade com que se desempenhavam as políticas e programas sociais da América Latina podem ser explicados por razões de natureza estrutural. Se é verdade que os programas de seguridade social, os de educação e os de saúde

constituem, nos Estados de Bem-Estar Social, as estruturas que, juntamente com os mecanismos dinâmicos do mercado de trabalho, operam a integração e incorporação social, os estudos realizados com um grupo de países mostraram que, apesar das diferenças, a universalização e a equidade não caracterizavam plenamente os programas, mesmo em alguns países que já haviam avançado em direção a um Estado de Bem-Estar Social mais denso.⁹ Ainda no que concerne às características estruturais temos a heterogeneidade e dualidade social das nossas sociedades que, além de limitar a construção do *Welfare State*, não podem ser simplesmente resolvidas pelos programas sociais (Draibe, 1997).

As razões de natureza institucional e organizacional correspondem a algumas características do sistema de proteção social dessa região: o alto grau de centralização, débeis capacidades regulatórias e de implementação das políticas nos níveis subnacionais de governo, a fraca tradição participativa da sociedade na implementação e operação dos programas, a forte presença corporativa por parte dos profissionais ligados aos grandes subsistemas de políticas. Associados a essas características institucionais observa-se ainda nos programas sociais a ineficiência dos gastos, má focalização dos objetivos e a baixa efetividade social, que acabam agravando as diferenças sociais originais que, teoricamente pretendiam reduzir-se na América Latina (Draibe, 1997).

A partir dos anos 1980, o “Estado latino-americano de bem-estar social” entra em declínio, sendo sucedido por outras estratégias de desenvolvimento econômico e social. Os movimentos e processos da globalização e das reformas pró-mercado suscitaram profundas transformações socioeconômicas na região, promovendo a formação de um novo padrão de desenvolvimento e mudanças decisivas nos perfis e escopos dos sistemas nacionais de proteção social (Draibe, 2011).

Segundo Fonseca (2006) a crise econômica das últimas duas décadas do século XX, contribuiu para a deterioração do seguro social - mais pessoas perdem seus empregos, mais pessoas se aposentam, menos pessoas ingressam em empregos, e o Estado se retrai. Finalmente, os programas de ajuste estrutural, que começaram na região na década de 80, também causaram severos custos sociais e agravou a crise de seguros. A antiga assistência social, limitada a um alguns países da região e com recursos muito escassos, foi afetada pela dupla crise.

Muitos e conhecidos têm sido os argumentos mobilizados na literatura dedicada à análise da crise do desenvolvimento e dos sistemas de proteção social: a estagnação

⁹ Os países citados pela autora são: Argentina, Chile, Costa Rica e Uruguai.

econômica, o protecionismo, o “populismo”, o corporativismo, o clientelismo, a corrupção, entre outros. Além disso, a industrialização, a expansão dos serviços e a modernização agrícola soldaram as bases para a emergência de novos atores. De um lado, um moderno empresariado, cada vez mais assertivo e disposto a “concorrer” com o Estado. De outro, as novas classes médias assalariadas, afluentes, cada vez mais demandantes de produtos e serviços diferenciados. Não é difícil entender estarem aí criadas as bases sociais que apoiariam as novas estratégias de desenvolvimento implementadas sob o signo do “Consenso de Washington”,¹⁰ da metade dos anos 1980 em diante (Draibe, 2011).

A crise econômica e os programas de ajuste provocaram o agravamento da pobreza, contexto que propiciou, na região latino-americana, o surgimento das redes de proteção social focalizadas nos grupos mais vulneráveis.

Diante desse cenário, ganham centralidade na agenda social latino-americana, propugnada pela regulação liberal, o tema da pobreza, as redes sociais de proteção mínima, e os programas de transferência monetária apoiados em testes de renda (Draibe, 2011).

1.2 O combate à pobreza e as Políticas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina

Como mencionado anteriormente o imperativo dos ‘ajustes estruturais’ e a insuficiência de mecanismos de intervenção estatal para reduzir as desigualdades sociais e desenvolver uma proteção social mais abrangente e com maior potencial de redistribuição fizeram com que as taxas de pobreza e de desigualdade social no continente permanecessem em níveis alarmantes (Campos Filho, 2007).

Ao longo da década de 1980 a América Latina testemunhou um aumento significativo nas taxas de pobreza e de extrema pobreza.¹¹ A taxa de pobreza global para a região subiu de 41% em 1980 para 48% em 1990. O número oficial de pessoas classificadas como pobres alcançou 204 milhões de pessoas em 1990, contra 136 milhões de pessoas dez anos antes

¹⁰ Publicado em 1990, o “Consenso de Washington” tomou a forma de um decálogo de prescrições que rapidamente ganhou o *status* de paradigma único do capitalismo triunfante, servindo para enquadrar os governos dos países da periferia a um programa político cujos pilares eram a liberalização da economia mundial ao fluxo de bens, serviços e capitais e a reorientação e remodelagem do Estado como provedor de um marco normativo que garantisse a segurança e a rentabilidade dos negócios privados (Pereira, 2010).

¹¹ Sobre o conceito de pobreza, admite-se a variabilidade interpretativa, segundo o autor ou a abordagem que se queira dar ao estudo. Por exemplo, a pobreza pode ser abordada enquanto insuficiência de renda (critério mais tradicional), ou como privação de capacidades básicas. Para um aprofundamento no tema ver (Rocha, 2003) e (Sen, 2000).

(Lavinias, 2013).

Com o reconhecimento de tal situação, a partir de meados da última década do século passado, agências internacionais de financiamento passaram a defender uma atuação direta do Estado para mitigar o problema da extrema pobreza. Uma estratégia bastante difundida a partir de então, foi a criação de fundos de investimento social¹² para financiar ações de infraestrutura e serviços sociais básicos, como saneamento, educação e saúde, especialmente voltadas às comunidades mais pobres. No Brasil, contudo, essa estratégia não foi adotada, tendo em vista a vertente universalista da política social inaugurada com a Constituição de 1988 (Campos Filho, 2007).

Tendo como pano de fundo a crise econômica e o agravamento da pobreza, os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTC) surgem na década de 1990 em vários países da América Latina como uma nova estratégia de política social no combate à pobreza por meio da promoção da acumulação de capital humano entre famílias pobres¹³ (Simões, 2012).

Tomando como referência a história da política social nesta região, estes programas foram apresentados como uma iniciativa social em larga escala na América Latina, significando uma mudança na ênfase da tradicional assistência social na região (geralmente ineficiente e ineficaz). Para Simões (2012) esta mudança representa uma evolução da proteção social na região em direção a intervenções sociais integradas capazes de abordar pelo menos três dimensões de desenvolvimento: renda, educação e saúde.

Os PTC destinam mensalmente certa quantia monetária para as famílias classificadas como pobres ou extremamente pobres, tendo por objetivos melhorar as condições de saúde e de educação desta parte da população excluída socialmente do mercado de bens e serviços. Para tanto, são exigidas certas responsabilidades dos beneficiários relativas aos cronogramas

¹² Nos anos 1990, o Banco Mundial promoveu a criação de fundos sociais em dezenas de países na África, na Ásia, no Leste Europeu e, sobretudo, na América Latina, por meio de empréstimos e assistência técnica. Seu princípio básico é a substituição da oferta universal de bens e serviços públicos pelo atendimento a demandas (*demand driven approach*). Por isso, orientam-se pela focalização dos recursos em grupos-alvo, selecionados de acordo com a sua vulnerabilidade aos impactos do ajustamento estrutural (Pereira, 2010).

¹³ Segundo a teoria de acumulação de capital humano, o principal fator que explica diferenças de renda em países com altos níveis de desigualdade e pobreza é a lacuna no acesso à educação entre os diferentes grupos sociais. Como certos segmentos da sociedade são excluídos das oportunidades educacionais, suas habilidades são limitadas, sua produtividade é baixa, sua mão-de-obra é subvalorizada recebendo conseqüentemente baixos salários. Frequentemente empregos precários são as únicas alternativas para o desemprego. Expandir o acesso à educação para a população pobre é considerado um caminho para o crescimento econômico sustentável e uma maneira mais efetiva de enfrentar a pobreza em longo prazo. A fórmula é que mais anos de escolaridade (como uma medida de acumulação de capital humano) levará a maior produtividade na economia, maior crescimento econômico, maiores salários e menos pobreza (Simões, 2012).

de execução de cada programa. Mas há também, em um número bem menor, programas de transferência de renda sem qualquer condicionalidade (Mattei, 2010).

Os Programas de Transferência de Renda com Condicionalidades foram considerados singulares por estabelecer corresponsabilidades com o objetivo de melhorar os níveis educacionais, impedir a evasão escolar, o trabalho infantil e também para apoiar a nutrição mediante o maior consumo de alimentos e incrementar os cuidados com a saúde (Fonseca, 2006).

Villatoro (2007) destaca 4 objetivos centrais de tais programas na região da América Latina: (i) aumentar capital humano em longo prazo, a fim de interromper o ciclo intergeracional da pobreza; (ii) proteger o capital humano de crianças que tenham famílias afetadas pelos choques econômicos; (iii) reduzir a pobreza em médio prazo, por meio do aumento da capacidade das famílias pobres e (iv) aliviar a pobreza em curto prazo transferindo renda para garantir níveis básicos de consumo.

Os Programas de Transferência Condicionada de Renda, atualmente, estão presentes em vinte países da América Latina e Caribe, onde dão cobertura a mais de 120 milhões de pessoas, o que equivale a 20% da população da região, a um custo que gira em torno de 0,4% do produto interno bruto (PIB) regional. Tais programas disseminaram-se também em outras regiões do mundo, como a Ásia e a África (Cecchini, 2013).

No quadro 2 estão relacionados os principais Programas de Transferência de Renda instituídos nos países da América Latina até os anos 2000.

Quadro 2: Programas de Transferência de Renda instituídos nos países da América Latina

País	Programa	Ano	Objetivos	Valores	Condicionalidade	Abrangência
Brasil	Bolsa Família	2003	Renda para famílias pobres	R\$ 50,00 a R\$ 95,00	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	11 milhões de famílias em 2008
Argentina	Jefes de Hogar	2001	Renda para famílias pobres	150 Pesos	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	1.5 milhões de famílias em 2008
Argentina	Plan Familias	2004	Renda para famílias pobres	155 a 305 Pesos	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	500.000 famílias 2008
Paraguai	Tekeporã	2005	Renda para famílias pobres	US\$ 21	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	13.000 famílias em 2008
Uruguai	Panes	2005	Renda para famílias pobres	US\$ 56	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	80.000 famílias 2008

Chile	Chile Solidario	2002	Renda para famílias pobres	US\$ 15 a US\$ 30	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	262.000 famílias em 2008
Venezuela	Bolsa Bolivariana	2001	Subsídio alimentar	40% dos preços	Sem condicionalidades	8 milhões de pessoas
Colômbia	Famílias en Acción	2001	Renda para famílias pobres	US\$ 20 a US\$ 38	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	300.000 famílias em 2008
Bolívia	Plan Bolivia	2002 e	Renda para famílias pobres	25 a 135 Bolívia	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	350.000 famílias em 2008
Peru	Programa Juntos	2005	Renda para famílias pobres	US\$ 33	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	355.000 famílias em
Equador	Bono de Desarrollo	2003	Renda para famílias pobres	US\$ 37	Sem condicionalidades	237.000 famílias em 2008
México	Progres a e Oportunidades	1997 2002	Renda para famílias pobres	Até 580 Pesos	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	5 milhões famílias em 2007
Nicarágua	Red de Protección Social	2002/2003	Renda para famílias pobres	US\$ 28,00	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	150.000 famílias em 2007
Honduras	Asignación Familias	1998	Renda para famílias pobres	US\$ 20,00	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	80.000 famílias em 2002
Costa Rica	Superémonos	2000	Renda para famílias pobres	Até US\$	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	50.000 famílias em 2005
Guatemala	Mi Familia Progres a	2008	Renda para famílias pobres	Até Q 150	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	15.000 famílias em 2008
El Salvador	Red Solidaria	2005	Renda para famílias pobres	Até US\$ 20,00	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	79.000 famílias em 4 anos
Panamá	Red de Oportunidades	2006	Renda para famílias pobres	B 35 = US\$ 35	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	57.000 famílias em 3 anos
República Dominicana	Programa Solidaridad	2005	Renda para famílias pobres	Até US\$ 35,00	Crianças nas escolas e cuidados com a saúde	400.000 famílias em 2008

Fonte: Adaptado de Mattei (2010)

Os PTC são flexíveis e adaptáveis a distintas realidades socioeconômicas, políticas e institucionais. Mais que modelos rigorosamente definidos, são ferramentas versáteis, possíveis de serem abordadas a partir de diferentes concepções ideológicas, e instituídas de diferentes maneiras. Isto fez com que o desenho de tais programas pudesse variar significativamente entre os países (Cecchini, 2013).

Exemplificando algumas dessas variações podemos citar o critério de seleção dos públicos-alvo dos PTC que pode mudar de um país para o outro, compreendendo famílias que vivem em condições de pobreza ou somente famílias que vivem em condições de extrema

pobreza (ou indigentes). Entre os programas destinados somente às famílias indigentes encontram-se os Programas da Colômbia, de Honduras e do Paraguai. Já outros programas, como o PBF e o *Bono de Desarrollo Humano* (Equador), incorporam além das famílias que vivem em condições de extrema pobreza, as famílias que vivem em situação de pobreza. Também existem programas que definem seus públicos-alvo por meio de um espectro mais amplo. Por exemplo, o programa *Familias por la Inclusión Social* da Argentina inclui adultos com doenças em estágio terminal e casos de violência familiar ou abuso sexual (Cecchini et al., 2011).

Ainda em relação à seleção dos destinatários os países podem utilizar distintos mecanismos. A maioria dos programas utiliza métodos de comprovação indireta dos meios de subsistência, como índices multidimensionais de qualidade de vida (*Chile Solidario*) ou fórmulas que predizem a renda (*Oportunidades*) (Cecchini et al., 2011). Por outro lado, existem programas que utilizam uma avaliação direta dos meios de subsistência, ou seja, utilizam a declaração de renda relatada por famílias em inquéritos sobre o rendimento. Um exemplo deste caso é o Programa Bolsa Família, onde as informações são coletadas em nível local e inseridas no cadastro de programas sociais (CadÚnico). Este método tende a ser menos caro e mais sensível à inclusão de novos membros na lista de destinatários, mas ao mesmo tempo, pode estar mais sujeito a variações que ocorrem na renda familiar.

A faixa etária considerada para o acesso aos benefícios vinculados à educação também pode variar de um programa para outro. Tal variação ocorre, basicamente em virtude da organização do sistema escolar de cada país. Na maioria dos países, o limite inferior compreende a faixa-etária entre cinco e seis anos, enquanto o limite superior chega aos 22 anos no México e 25 anos em Costa-Rica¹⁴ (Cecchini et al., 2011).

Além destas variações, os programas atualmente vigentes na América Latina e Caribe diferem também em parâmetros-chave, por exemplo, benefícios oferecidos, que podem incluir transferências monetárias, apoio psicossocial e acompanhamento das famílias, programas de capacitação e microcrédito, entre outros. Outras diferenças incluem as modalidades de execução, o tipo e o controle das condicionalidades e o rigor das sanções, assim como seus vínculos interinstitucionais (Cecchini, 2013).

Por exemplo, o programa *Chile Solidario* é classificado como “sistemas ou redes de coordenação programática com condicionalidades”. Mais que um PTC propriamente dito, este

¹⁴Existem também programas que estabelecem transferências específicas para os adolescentes com o objetivo de evitar a evasão escolar. Tais programas são: *Oportunidades* (“*Jóvenes con Oportunidades*”) do México e Bolsa Família (“Benefício adolescente”) do Brasil. (Cecchini et al., 2011).

programa representa uma estrutura de articulação que pretende assegurar ou garantir o acesso a benefícios oferecidos por diferentes programas específicos.¹⁵ Já o programa *Oportunidades* do México tem como objetivo central fortalecer a capacidade humana por meio das condicionalidades, dando prioridade ao seu cumprimento. Por isso é classificado como um tipo de programa com condicionalidade forte. Este último difere totalmente do programa vigente em nosso país, que é classificado como um Programa de Transferência de Renda com condicionalidade branda¹⁶(Cecchini, 2013).

Apesar dessas diferenças, existem algumas similaridades identificadas por alguns autores. Os PTCs têm um quadro conceitual comum que inclui:

- (i) são baseados em transferência monetária, ao invés de subsídios tradicionais da assistência social (Rawlings, 2005; Hanlon, 2010);
- (ii) tem como público-alvo as famílias pobres selecionadas por testes de meio (Rawlings, 2005; Lavinas, 2013; Fonseca, 2006);
- (iii) os benefícios pagos ficam sujeitos a condições que podem incluir frequência escolar ou consultas de saúde (Rawlings, 2005; Lavinas, 2013);
- (iv) fortalecimento do papel das mulheres dentro das famílias atribuindo-lhes a titularidade do programa (Villatoro, 2007; Lavinas, 2013; Fonseca, 2006);
- (v) usam sistemas de avaliação e monitoramento para fins gerenciais e de prestação de conta (Villatoro, 2007; Lavinas, 2013; Fonseca; Viana, 2007);
- (vi) associação do alívio da pobreza em curto prazo com acumulação de capital humano em longo prazo (Villatoro, 2007);
- (vii) reconhecimento da capacidade produtiva dos pobres e sua importância dentro de uma ampla estratégia para o desenvolvimento (Hanlon, 2010);
- (viii) os benefícios tendem a variar de acordo com o número de integrantes da família (Lavinas, 2013);
- (ix) ênfase na correção das falhas de mercado por meio da criação de incentivos à demanda por serviços (Villatoro, 2007);

¹⁵ Além deste aspecto uma característica importante do *Chile Solidario* é a incorporação de apoio familiar como um elemento central do modelo de política contra à pobreza. No *Chile Solidario*, o apoio às famílias faz parte de um componente denominado “*Programa Puente*” e consiste no trabalho psicossocial e acompanhamento que se realiza por um profissional durante 24 meses. Nesse tempo a família é convidada a melhorar certos aspectos da sua qualidade de vida, considerados mínimos sociais em termos de direito e cidadania. O apoio familiar deve ter como resultado a vinculação das famílias às redes de serviços e programas sociais, garantindo acesso aos distintos benefícios que estão a sua disposição. (Cecchini et al., 2011).

¹⁶ O Programa Bolsa Família teve seu lançamento em 2003, entretanto a fiscalização sobre o cumprimento das condicionalidades só começou em 2006.

- (x) emprego de um enfoque multidimensional e sinérgico que requer a coordenação dos atores institucionais implicados (Villatoro, 2007);
- (xi) são aplicadas certas penalidades em caso de não cumprimento das condicionalidades, podendo chegar ao desligamento do programa (Lavinias, 2013);
- (xii) intervenção sobre diferentes dimensões do bem-estar para toda a família (Villatoro, 2007);
- (xiii) compromisso de provisão de longo prazo e cobertura em larga escala e
- (xiv) controle social exercido por organizações da sociedade junto ao Estado (Fonseca; Viana, 2007).

De uma maneira geral, verifica-se que a maior parte dos programas de transferência de renda procura enfrentar, primeiramente, problemas crônicos das populações pobres, especialmente nas áreas de alimentação, nutrição e cuidados básicos de saúde. Mas há também ações voltadas para o desenvolvimento do capital humano, particularmente nos casos em que se busca melhorar o nível educacional dos membros das famílias pobres (Mattei, 2010).

Apesar da relativa uniformidade encontrada nas condicionalidades vinculadas à saúde, as estratégias utilizadas pelos governos para cumprir com as metas e os objetivos estabelecidos são diversas e configuram dificuldades adicionais para a melhoria das condições de vida das populações mais vulneráveis. Por exemplo, há experiências na região Latino-Americana em que os mais pobres não podem ser incluídos no programa, pois vivem em locais em que não há oferta de serviços públicos. Outro aspecto importante refere-se ao direito à saúde, pois na maior parte dos países o acesso à saúde é garantido enquanto a família estiver vinculada ao programa (Fonseca; Viana, 2007).

Ainda, para essas autoras, as condicionalidades da saúde são focadas em ações da Atenção Básica (imunizações, controle do crescimento e desenvolvimento e acompanhamento pré-natal) priorizando o grupo materno-infantil. Este pacote de ações, quando é garantido, pode não funcionar como uma porta de entrada para outros níveis de atenção à saúde, ou seja, não opera como um filtro para selecionar os casos que requeiram cuidado especializado em outro nível de atenção (Fonseca; Viana, 2007).

Nesse sentido, apesar dos PTC serem reconhecidos como uma grande mudança na tradição da política social na América Latina, ainda há pontos de vista diferentes em relação à sua influência e alcance em termos de formação de um novo paradigma para a política social na região. (Simões, 2012).

Ainda que a transferência monetária regular venha se mostrando extremamente importante, não é condição suficiente para se sair da situação de pobreza. Além disso, de um modo geral, estes programas tem tido um efeito modesto sobre a vasta desigualdade que existe América Latina. Diante disto, destaca-se em primeiro lugar, que os critérios utilizados para identificar os potenciais beneficiários dos programas são fixados em níveis extremamente baixos. Os limiares de indigência e pobreza equivalem a uma renda de US \$ 1 e US \$ 2 por dia, o que é inferior aos limiares de indigência e pobreza aplicados pelo Banco Mundial (US \$ 1,25 e US \$ 2,50 respectivamente). Isto tende a esconder a magnitude real e gravidade da pobreza. Em segundo lugar, na maioria dos programas, os limiares de pobreza utilizados e os benefícios transferidos não são reajustados anualmente pela inflação. Portanto, o valor real das transferências tende a ser diluído ao longo do tempo. Em terceiro lugar, nenhum desses programas exhibe uma taxa de utilização de 100%, devido à inadequada seleção da população alvo e aos testes de meio realizados pelos órgãos governamentais. Muitas vezes, a exclusão do sistema ou não registro é uma decisão discricionária tomada a nível local. Em quarto lugar observa-se o baixo percentual do PIB gasto pelos países, visto que a maioria dos países gasta menos que 0,5% do PIB. Dessa forma, o impacto dos PTC sobre os níveis de pobreza ocorre de forma relativamente restrita, considerando a dimensão do problema em toda a região (Lavinias, 2013).

Além dessas limitações, Lavinias (2013) expõe outras como: os mecanismos de monitoramento que deveriam incluir o envio de informações sobre a frequência escolar e as condicionalidades da saúde do nível municipal para o nível federal são freqüentemente ineficientes, pois a grande maioria dos países não possui sistemas informatizados para processar e analisar tais dados. Em países onde o ensino fundamental público já estava em vigor não foi observada grande correlação entre os programas de transferência de renda e aumento da matrícula. Por último, todos esses programas funcionam em caráter residual, como uma rede de segurança para compensar as falhas de mercado, visto que nenhum país latino-americano transformou os PTC em direitos que garantem uma renda mínima.

Um aspecto que corrobora esta característica residual dos PTC é o fato da exclusão dos estrangeiros que vivem em condições de pobreza ou extrema pobreza. Os documentos oficiais que regem tais programas assinalam que o público-alvo é constituído por pessoas que estejam em condições de pobreza ou extrema pobreza em território nacional, sem fazer uma diferença explícita a respeito da nacionalidade do chefe ou dos membros das famílias. Entretanto, a cédula de identidade, pelo menos do chefe da família, é um requisito prévio para receber as transferências monetárias. Deste modo, os imigrantes que não tem este documento,

por não estarem regularizados no país, não podem ser beneficiados por tais programas¹⁷ (Cecchini et al., 2011).

Entende-se que, paralelamente às transferências monetárias, é necessário implementar diversas outras políticas de inclusão social, especialmente na esfera do trabalho. Nesse sentido, é fundamental que haja articulação dos PTC com as políticas ativas do mercado de trabalho, especialmente com os programas de criação de emprego, emprego temporário e capacitação (Cepal, 2012). Pode-se argumentar que, atualmente, independentemente da abordagem dos programas, existe a preocupação comum de combinar as transferências monetárias destinadas a garantir determinados níveis de vida e as condicionalidades orientadas ao aumento das capacidades humanas, com “medidas de ativação” propensas a melhorar as condições de emprego atuais e empregabilidade futura de seus destinatários. (Cecchini, 2013).

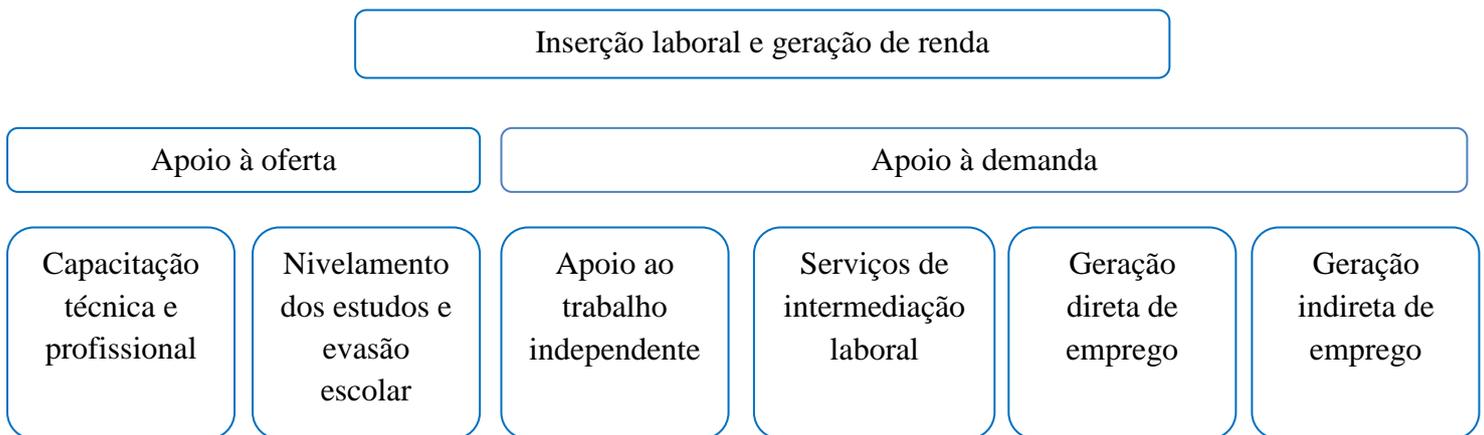
Em documento publicado pela Cepal (2012) foram identificados diferentes instrumentos adotados pelos PTCs da região para facilitar o acesso dos destinatários aos mercados de trabalho. Um primeiro conjunto de instrumentos visa melhorar a posição dos grupos vulneráveis na inserção do mercado de trabalho, ou seja, são instrumentos que atuam diretamente para melhorar a qualificação da força de trabalho ofertada (formação para o trabalhador, nivelamento dos estudos na educação primária e secundária). Um segundo conjunto de instrumentos é aquele destinado a melhorar a demanda por trabalhadores e/ou gerar vínculos com potenciais empregadores (fomento ao auto-emprego e à microempresa, serviço de emprego e intermediação laboral, geração direta e ou indireta de emprego).

Mediante estas ações busca-se ensinar habilidades para o desempenho de determinados ofícios e o desenvolvimento ou aprendizagem de competências possíveis de serem aplicadas em diferentes contextos. A capacitação tem um impacto direto no alcance de maiores salários e estabilidade laboral como resultado do aumento da produtividade do trabalhador, reduzindo o desemprego dos setores mais vulneráveis. Por sua vez, o nivelamento dos estudos dos adultos e as medidas que visam evitar a evasão escolar diminuem a vulnerabilidade laboral e aumentam os níveis de compreensão e utilidade das sessões de capacitação profissional (CEPAL, 2012).

¹⁷ No caso do programa *Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH)* da Argentina, os indivíduos estrangeiros que possuem residência fixa, de pelo menos três anos no território argentino, tem direito a receber o benefício. Entretanto, esta exigência exclui a maioria dos estrangeiros residentes no país, visto que muitos, especialmente os mais vulneráveis, não possuem os documentos legais exigidos pelo referido programa (Cecchini et al., 2011).

A figura 1 resume os tipos possíveis de estratégias voltadas para a América Latina de inserção laboral e geração de renda

Figura 1: América Latina: Acesso a serviços de inserção laboral e geração de renda por meio dos programas de transferência de renda com condicionalidades



Fonte: Cepal (2012)

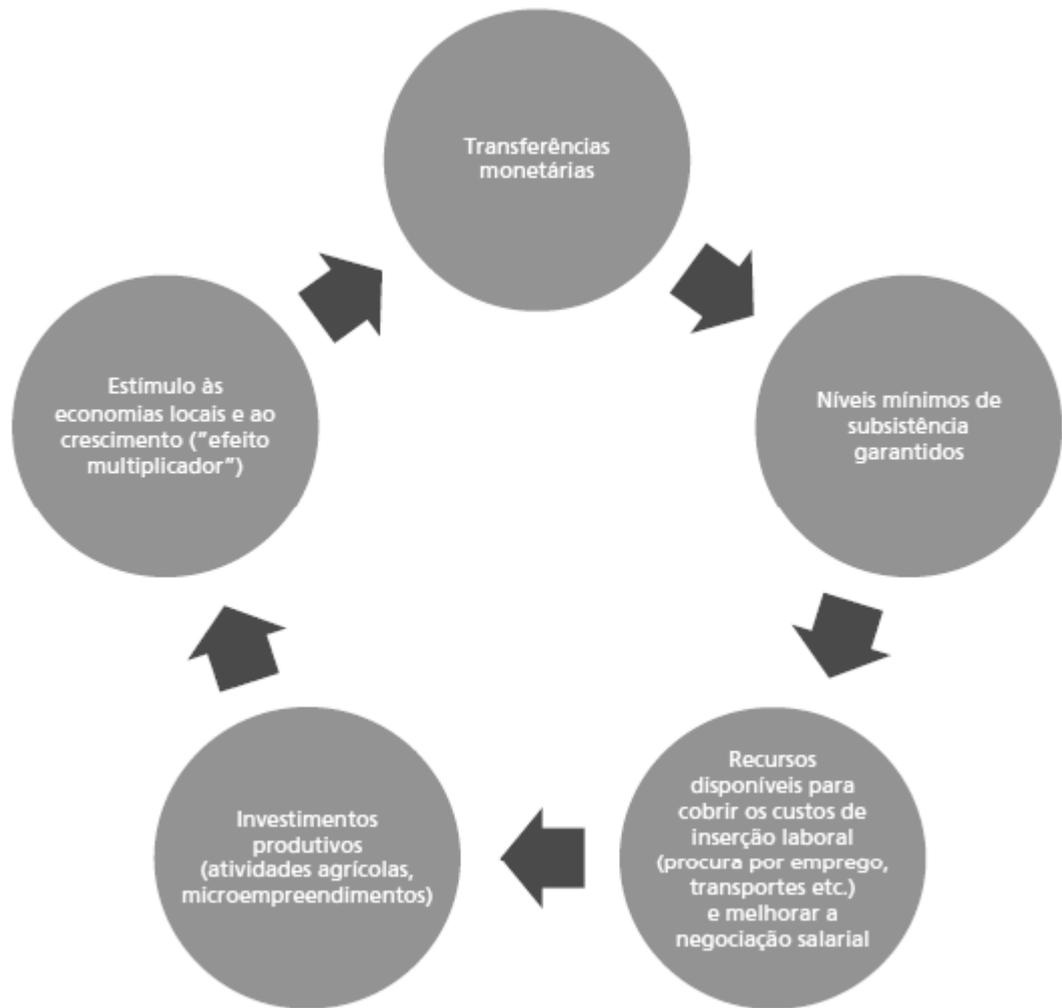
Pelo lado da demanda, o apoio ao trabalho independente – que junto com a capacitação técnica e profissional é uma das ações mais comuns de inserção profissional e geração de renda – consiste em programas que oferecem capital inicial ao microcrédito tanto para começar novas empresas como para continuar empreendimentos já existentes, e também outros serviços não financeiros associados principalmente a capacitação em temas como economia e finanças, planejamento econômico, microempresas e liderança (Cepal, 2012).

Também parece possível gerar sinergias entre os programas de transferência e as iniciativas de geração de emprego tanto na forma direta como indireta. Na forma direta, mediante a expansão da demanda de trabalho por meio de planos de emprego de emergência ou planos de desenvolvimento regionais e municipais que operem oferecendo postos de trabalho temporais. Estes planos são frequentemente limitados aos chefes de família e utilizam o baixo nível das remunerações como mecanismo de auto-seleção. Na forma indireta, mediante a provisão pública de estímulos econômicos para a contratação por parte de empresas privadas. Estes estímulos atuam como um subsídio que reduz os custos não salariais associados ao emprego (contribuições à Previdência Social) ou que cobrem parte do salário (Cepal, 2012).

Existem diversas variáveis que influenciam a capacidade que os programas de transferência têm de melhorar efetivamente a inserção no mercado de trabalho das famílias destinatárias. Segundo Cecchini (2013) a baixa oferta de oportunidades de trabalho no território, a fragilidade dos vínculos com o setor privado gerador de emprego e os hiatos e barreiras étnicas e de gênero conspiram contra a capacidade destes programas de impulsionar processos dinâmicos de incorporação dos mais pobres e vulneráveis no mercado de trabalho.

Nesse sentido, é fundamental que os programas de transferência tenham capacidade de se articular com o conjunto de instrumentos da proteção social e com outros instrumentos da política social e econômica. Para Hanlon (2010) os programas de transferência são fundamentais para o desenvolvimento econômico, especialmente em países pobres. O autor argumenta que tais programas podem estimular a economia a partir de três níveis: indivíduos podem investir em ganhar mais, a economia local é estimulada pelo aumento do gasto e conseqüentemente isto ajuda a promover o crescimento econômico a nível nacional. Ou seja, além do crescimento econômico esperado em longo prazo pelo acúmulo de capital humano, há efeitos mais imediatos derivados do aumento da renda por meio das transferências. A figura 2 resume o ciclo virtuoso das transferências monetárias provenientes da proteção social não contributiva.

Figura 2: Ciclo virtuoso da proteção social não contributiva



Fonte: Cecchini (2013)

Se as transferências monetárias provenientes das receitas gerais forem garantidas e se mantiverem constantes ao longo do tempo, fornecerão um piso básico de proteção para os pobres que, por sua vez, terão um nível mínimo de subsistência garantido. Assim, contarão com mais oportunidades de se inserirem no mercado laboral no presente, dispendo de recursos para buscar emprego e cobrir os custos de locomoção até o local de trabalho. Da mesma forma, graças às transferências não contributivas, eles poderiam ter um maior poder de negociação em relação aos salários muito baixos, assim como mais oportunidades de investir em atividades produtivas, quer sejam microempreendimentos ou atividades agrícolas (Cecchini, 2013).

Vale destacar que a pobreza é um fenômeno multidimensional e multifacetado, que pode se manifestar de diferentes maneiras em cada região, a efetividade das políticas de

combate à pobreza, em especial dos PTC, depende de diversos fatores, incluindo a abrangência das estratégias adotadas e a articulação com outras políticas sociais.

Para Sen (2000) é perigoso ver a pobreza somente segundo a perspectiva limitada da privação de renda, sendo necessário valorizar outras dimensões para a percepção do problema. O autor trabalha com uma concepção de pobreza como privação de capacidades humanas. Uma renda baixa dificulta o desenvolvimento de capacidades das famílias, entretanto a renda não pode ser considerada o único instrumento de geração de capacidades. A relação entre renda e capacidades é fortemente afetada por condições como: idade, doenças, localização geográfica, situação epidemiológica da região e outros fatores.

De fato, as políticas de combate à pobreza não podem estar dissociadas de um projeto que busque a construção de uma rede de proteção social por meio da universalização das políticas distributivas, como forma de promover um desenvolvimento mais igualitário.

Recentemente, verificam-se muitos avanços em políticas distributivas na área social, mas não em políticas redistributivas. Isto porque essas políticas de redistribuição vão além, na medida em que implicam, efetivamente, reformas e investimentos em políticas estruturais. Dessa forma, o grande desafio para os governos da região latino-americana seria conjugar políticas distributivas na área social com políticas de caráter estrutural (Cohn, 2009).

Capítulo 2 – As Políticas de Combate à pobreza no Brasil e o Programa Bolsa Família

Este capítulo inicialmente aborda, de forma breve, como ocorreu a trajetória da Assistência Social brasileira, destacando as principais estratégias políticas que foram formuladas com o objetivo de combater e reduzir a pobreza no país. Os dois itens seguintes apresentam o Programa Bolsa Família, - principal Programa de transferência direta de renda do país - enfatizando o seu desenho e as relações intergovernamentais e intersetoriais que são inerentes ao Programa. Posteriormente, no último item, são revisadas as principais questões relativas às condicionalidades de saúde presentes no referido programa, com destaque para a operacionalização da sua gestão.

2.1 A Política de Assistência Social no Brasil: Breve Trajetória

Ao analisar as políticas sociais dos anos 1930 e dos anos 1940, verifica-se que os direitos sociais eram concedidos predominantemente pela via do trabalho assalariado, caracterizando assim uma integração seletiva denominada de cidadania regulada.¹⁸ A concessão de direito social é então marcada pela inserção do indivíduo no sistema produtivo, e não a partir de um código de valores políticos universais, o que, de fato, não cria condições para o indivíduo se reconhecer como cidadão. Neste contexto, o Estado ao definir legalmente as categorias profissionais que teriam acesso aos benefícios e assistência médica previdenciários, pautados em contribuição pretérita, promove uma intervenção sobre a questão social fundada nos problemas da acumulação em detrimento do direito de cidadania. (Monnerat, 2009).

Após o golpe militar de 1964, a tendência de ampliação da cobertura do sistema brasileiro de proteção social, se dá sob o autoritarismo militar, cujo padrão de incorporação ocorre de forma burocrática, pautado na repressão e coerção à ação coletiva. Além disso, se

¹⁸ A cidadania regulada denota que são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e /ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante a ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão, e os direitos dos cidadãos restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (Santos, 1979, p. 75) .

desenvolve sob a égide de uma engenharia institucional centralizada, descoordenada, superposta e permeável aos interesses particularistas (Monnerat, 2009).

No Brasil, historicamente, a política de assistência social apresentava como características o voluntariado, filantropia, clientelismo e as diversas dimensões da cultura do favor. No Estado Novo criou-se a Legião Brasileira de Assistência (LBA) que objetivava ofertar assistência aos familiares que tinham parentes que estiveram presentes na II Guerra Mundial. Apesar de ter sido o primeiro aparato estatal de intervenção na Assistência Social, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) tinha em sua gênese arranjos clientelísticos e de filantropia estatal (Raichelis, 2000 apud Andrade, 2011). Em 1977, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) lançou o Programa de Complementação Alimentar (PCA), voltado para atender gestantes, nutrizes e crianças de até três anos, por meio da distribuição gratuita de alimentos, pela rede de unidades da LBA (Fagnani, 2005).

Em 1995, ocorreu a eliminação das burocracias tradicionais que extinguiu além da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), a Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA), rompendo a longa vigência de um perfil de intervenção do Estado nesse setor, caracterizado pelo assistencialismo, pela centralização do processo decisório, pela fragmentação institucional e de programas, e pela permeabilidade ao clientelismo (Fagnani, 2005).

A Assistência Social Brasileira se deu atravessada de focalismo, reducionismo, com ações voltadas para a parcela da população desfavorecida economicamente, que ainda tinha que comprovar ser pobre dentre os mais pobres. Este quadro não permitiu que a Assistência Social assegurasse os direitos sociais (Andrade, 2011).

A partir da redemocratização da sociedade brasileira nos anos 1980, acentua-se a defesa da estruturação de uma política pública de Assistência Social mais abrangente. A Constituição Federal de 1988 consagra a Assistência Social como parte do tripé da Seguridade Social, junto com a saúde e a previdência. “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Constituição Federal de 1988, artigo 194).

A Seguridade Social brasileira de acordo com análise de Baptista (1998), produziu um novo ideário que determinou a concepção de uma estrutura de proteção social abrangente (universalidade da cobertura e do atendimento), justa (uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais), equânime (equidade na forma de participação do custeio) e democrática (caráter democrático e descentralizado na gestão

administrativa), onde o Estado passou a ter a responsabilidade da provisão e o dever de atenção.

De certa forma, os progressos no plano dos direitos sociais foram favorecidos porque, no Brasil, o início da democratização antecedeu o período de ajuste estrutural, ao contrário de outros países latino-americanos, que passaram por processos de ajuste ainda na década de 1980, com repercussões sociais negativas (Machado, 2012).

Segundo Andrade (2011) para que a Assistência Social configure-se como direito de proteção social é necessária a redefinição e a superação dos padrões subalternos em que se assentaram historicamente as práticas ligadas a esta política, tais como a benemerência, caridade e sua ação individualizada.

No que concerne aos mínimos sociais, a Constituição Federal de 1988 já tinha introduzido a necessidade do Estado prover a garantia de um benefício mensal, expresso no valor de um salário mínimo, à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, que não pudesse garantir a manutenção das necessidades básicas seja por meios próprios ou pela família, independente de sua contribuição à seguridade social.

A introdução dos mínimos sociais constitui uma importante mudança no nosso padrão tradicional de política social, uma vez que flexibiliza, em parte, o forte caráter contributivo do sistema de proteção social para estes segmentos. A proposta de renda mínima se concretiza por meio do denominado Benefício de Prestação Continuada (BPC) ¹⁹ (Monnerat, 2009).

Por meio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993, tal debate sobre a questão dos mínimos sociais, mencionado na Carta Magna, foi reforçado, o que contribui para fortalecer o ideário das propostas de renda mínima no país (Silva, 2006). A Assistência Social passa então a ser definida como uma Política de Seguridade Social não contributiva, definindo os mínimos sociais como parâmetro para essa Política.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (Lei Orgânica da Assistência Social, 1993, artigo 1º).

¹⁹ O BPC foi regulamentado pela LOAS em 1993, todavia entrou em vigor só a partir de janeiro de 1996. É concedido aos idosos e as pessoas portadoras de deficiência, que não disponham de meios para sua subsistência e vivam em famílias cuja renda *per capita* corresponda a menos de ¼ do salário mínimo. Atualmente o BPC é considerado um dos maiores programas de transferência de renda do mundo. Ressalta-se que a Renda Mensal Vitalícia antecedeu o BPC e tinha como um dos critérios de concessão a filiação à Previdência Social, por no mínimo, 12 meses, consecutivos ou não (Silva, 2006).

Destaca-se que implementação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) não ocorreu de maneira contínua, uma vez que enfrentou resistências dos governantes, sobretudo no período do governo FHC (1995-2002). A reforma neoliberal que ocorreu neste período, junto com a implantação do Programa Comunidade Solidária²⁰ enfraqueceu a possibilidade de estruturação de um sistema de proteção social abrangente no Brasil. A lógica desse programa acarretou uma fragilidade da possibilidade de implementação dos padrões de gestão estabelecidos na LOAS (Andrade, 2011).

Seguindo essa vertente, Souza (2006), reitera que o Comunidade Solidária resgatou o princípio do dever moral que existia no início da prática da assistência social enfraquecendo a direito de cidadania, garantido por meio da LOAS. Para esse autor, a “Era FHC” não permitiu a consolidação da política da assistência social, mesmo com a promulgação da LOAS. Na verdade, as práticas estabelecidas por esse governo, baseadas no pensamento neoliberal, fragmentaram a política de assistência social em espaços institucionais diversos, colocando-a em posição de gestão subordinada.

Todavia, é preciso ter cautela para descrever tal programa. Como estratégia de combate à fome e à pobreza, fundado na articulação complexa de parceiros, instituições, programas e recursos – balizado nos princípios de “parceria, integração, descentralização e solidariedade”, o Comunidade Solidária trouxe algumas inovações (Vellozo, 1998). Por exemplo, foi construída uma rede que operacionalizava as ações realizadas nos municípios prioritários. Para o Comunidade Solidária, a mobilização política em rede seria um poderoso instrumento no direcionamento e na implementação dos programas para esses municípios, mediante articulações entre diferentes níveis, setores de governo e sociedade civil. Desta forma, pretendia-se romper com a história de atuação governamental desintegrada e segmentada no campo das políticas sociais e assistenciais (Burlandy; Labra, 2007).

Monteiro (2011) afirma que no entendimento da primeira dama Ruth Cardoso,²¹ coordenadora responsável pelo programa comunidade solidária, não havia sentido criar outra instituição como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), nem tampouco criar um fundo para o combate à pobreza para a obtenção de recursos. Ruth Cardoso não pretendia criar uma instituição com programas e recursos, em vez disso, ela defendia que os programas fossem

²⁰ O Programa Comunidade Solidária, tem por objeto coordenar as ações governamentais voltadas para o atendimento da parcela da população que não dispõe de meios para prover suas necessidades básicas e, em especial, o combate à fome e à pobreza (Decreto Federal n° 1366, 1995, art. 1°).

²¹ Doutora em antropologia pela faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (FELCH-USP), Ruth Cardoso atuou como docente e pesquisadora da USP e em outras instituições universitárias.

instituídos por meio de parcerias, aproveitando os recursos existentes na sociedade, além de trazer novas questões ao Estado.

Nesse sentido, o Comunidade Solidária não criou nenhuma estrutura paralela, tampouco desenvolveu programas próprios. Constituiu-se numa proposta de integração e articulação de diversos programas de diferentes ministérios, com vistas a alcançar maior eficiência e eficácia das ações programáticas e contribuir para alterar, a médio prazo, as condições socioeconômicas das populações assistidas. Assim, o programa foi, sobretudo, uma estratégia de reengenharia no campo das políticas de corte social (Vellozo, 1998).

Apesar das divergências de posicionamentos em relação à contribuição dessa estratégia de política social, constata-se que esse período resultou na pouca imobilidade e na permanência de muitos brasileiros em situação de pobreza e fome no país.

Assim, os desafios sociais no Brasil, no governo do FHC ainda eram enormes. Nesse sentido, foram lançados alguns programas de transferência de renda que visavam à garantia de renda vinculada à família, à educação e à saúde.

Havia o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação, conhecido como Bolsa Escola,²² sob responsabilidade do Ministério da Educação, que tinha como público alvo famílias com crianças de 6 a 15 anos, com renda *per capita* abaixo de R\$ 90,00. As crianças deveriam estar matriculadas em estabelecimentos de ensino fundamental regular, com frequência escolar igual ou superior a 85%. Era fornecido um benefício mensal de R\$ 15,00, R\$ 30,00, ou R\$ 45,00 por mês, dependendo da família.

O Bolsa Alimentação ou Programa de Renda Mínima vinculado à Saúde ficava sob a gestão do Ministério da Saúde.²³ Tal programa beneficiava gestantes, nutrizes, crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses de idade e crianças filhas de mães soropositivas para o HIV/AIDS, pertencentes a famílias com renda *per capita* inferior a R\$90,00. O benefício transferido para família para melhoria de sua alimentação era de R\$ 15,00 por beneficiário, com um limite de R\$ 45,00 por família por mês. As famílias beneficiadas deveriam cumprir determinadas exigências, com enfoques predominantemente preventivos, tais como pré-natal, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e atividades educativas em saúde.

²² O Programa Bolsa Escola foi criado inicialmente em 2001 por meio da Lei 10.219/01 e regulamentado pelo Decreto nº 3.823/01.

²³ O Programa Bolsa Alimentação foi instituído pela Medida Provisória nº 2.206-1, de 10 de setembro de 2001 e regulamentado pelo Decreto nº 3.934, de 20 de setembro de 2001.

Já o Auxílio Gás ficava sob a responsabilidade do Ministério de Minas e Energia.²⁴ Transferia um benefício financeiro às famílias pobres (famílias com uma renda *per capita* mensal abaixo do meio salário mínimo). O benefício era de R\$ 15,00 concedido a cada bimestre para ajudar as famílias pobres a comprar gás, cujo preço aumentou significativamente em 2002.

No governo Lula combater a pobreza e acabar com a fome passaram a constituir os objetivos centrais do seu governo, que colocou na agenda nacional o problema da fome e a priorização de seu combate. Dessa forma, foi criado o Programa Fome Zero, com o enunciado de garantir um status de dignidade à condição humana (Brasil, 2010a).

Na conjuntura brasileira, o Programa Fome Zero, destaca-se no âmbito das estratégias governamentais de enfrentamento à pobreza, sendo de particular importância considerar suas principais características. O Programa Fome Zero, proposto ainda na época da campanha do Lula, foi elaborado pelo Instituto de Cidadania²⁵ em 2001, sob a coordenação de José Graziano da Silva e com a participação dos representantes de organizações não governamentais, institutos de pesquisa, sindicatos, organizações populares, movimentos sociais e especialistas vinculados à questão da segurança alimentar no país (Instituto Cidadania, 2001). Na apresentação do documento o “Projeto Fome Zero: Uma Proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil” fica claro que o projeto buscava articular políticas estruturais com políticas emergenciais e/ou compensatórias:

Queremos deixar claro nesta apresentação que o eixo central do Projeto Fome Zero está na conjugação adequada entre as chamadas políticas estruturais – voltadas à redistribuição da renda, crescimento da produção, geração de empregos, reforma agrária, entre outros – e as intervenções de ordem emergencial, muitas vezes chamadas de políticas compensatórias. Limitar-se a estas últimas quando as políticas estruturais seguem gerando desemprego, concentrando a renda e ampliando a pobreza – como ocorre hoje no Brasil – significa desperdiçar recursos, iludir a sociedade, perpetuar o problema. Também não é admissível o contrário. Subordinar a luta contra a fome à conquista prévia de mudanças profundas nas políticas estruturais representaria a quebra da solidariedade que é dever imperativo de todos

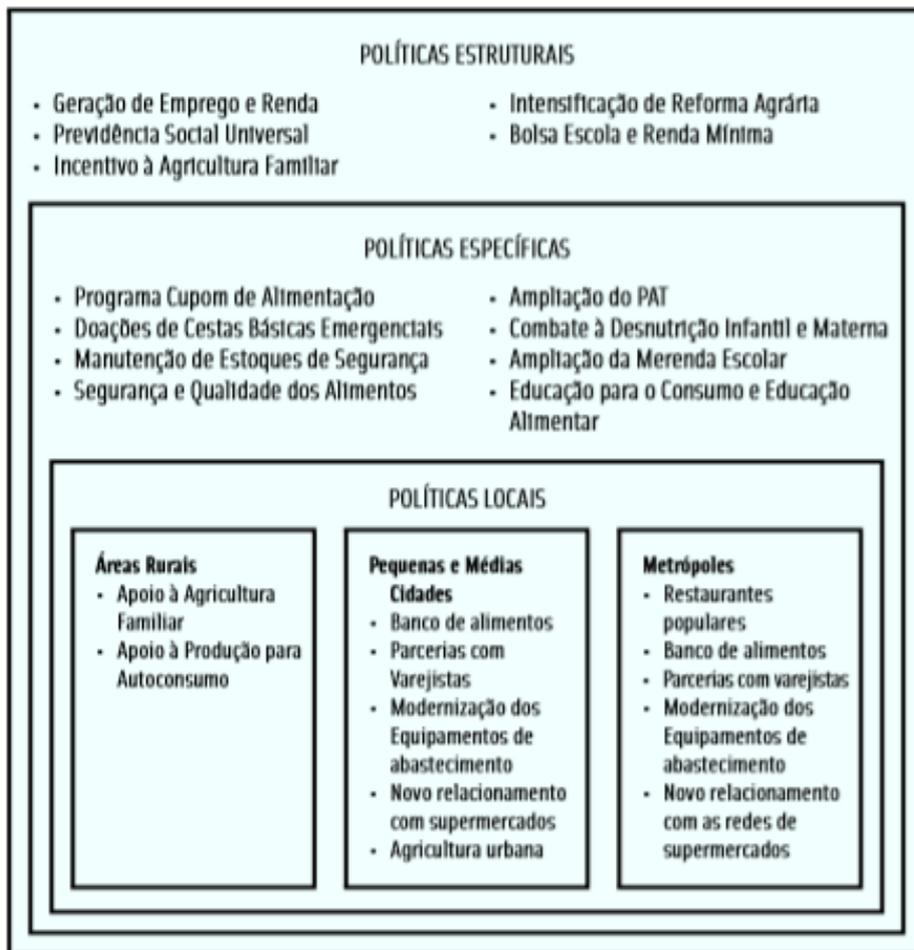
²⁴ O auxílio gás foi criado em 2002 pela Lei 10.453/02.

²⁵ O Instituto de Cidadania é uma organização não-governamental criada em 1992 após a experiência do Governo Paralelo que o PT formou depois da derrota do candidato Lula em 1989. Transformado em OSCIP em 2003, é uma instituição voltada para estudos, pesquisas, debates, publicações e formulação de propostas de políticas públicas nacionais (Monteiro, 2011).

perante os milhões de brasileiros hoje condenados à exclusão social e à insuficiência alimentar (Instituto Cidadania, 2001, p. 5)

Apresenta-se a seguir um resumo do conjunto de propostas das políticas estruturais, específicas e locais apresentadas no Projeto Fome Zero.

Figura 3: Esquema das propostas do projeto Fome Zero



Fonte: Instituto da Cidadania (2001).

Como mencionado anteriormente, o Programa Fome Zero tinha como eixo central a articulação de políticas estruturais com políticas emergenciais. De igual modo, para Betto (2003), tal programa não se resumiria a ações emergenciais. Tratava-se de uma política de inserção social, para a qual, mais importante do que distribuir alimentos, é gerar renda, trabalho, resgatar a auto-estima e a cidadania.

No que concerne especificamente à garantia de renda mínima, o Programa de Governo do candidato Luiz Inácio Lula da Silva, demonstrou claramente que a renda mínima deveria ser entendida como um passo na direção de uma renda básica de cidadania, mesmo

condicionando sua implementação às condições fiscais favoráveis (Monteiro, 2011).

O projeto de lei que trata sobre a renda básica de cidadania foi proposto pelo senador Eduardo Suplicy, sendo aprovado em 2002 para ser introduzido gradualmente a partir de 2005. Uma renda básica de cidadania consistiria em pagar igualmente a todos os brasileiros, e mesmo aos estrangeiros residentes no Brasil por cinco anos ou mais, começando por aqueles que mais precisam. Suas principais vantagens seriam: (i) diminuição da burocracia (não será necessário perguntar quanto cada um está ganhando no mercado formal e no mercado informal de trabalho); (ii) melhor atendimento às famílias pobres (é provável que a abrangência do programa entre os pobres seja maior do que se seguir as condições que existem nos atuais programas de transferência de renda); (iii) eliminação de estigmas ou vergonha dos beneficiários; (iv) custo menor da distribuição (não haveria necessidade de controles administrativos dos meios para teste das exigências); (v) garantia de liberdade, dignidade e segurança alimentar a todos os cidadãos (o cidadão se sentiria melhor sabendo que ano após ano ele teria direito a receber uma renda modesta, suficiente para atender as suas necessidades básicas, que aumentaria com o progresso da economia do país nos anos seguintes) (Suplicy, 2003).

Após a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, para a área de combate à pobreza e à miséria, foram constituídos, em janeiro de 2003, dois ministérios: o Ministério da Assistência e Promoção Social (MAPS) e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA). É importante registrar que a criação de um Ministério da Assistência Social não estava prevista no Programa de Governo de nenhum dos candidatos à Presidência. Além desses ministérios havia o Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA) que era um dos órgãos de assessoramento imediato do Presidente da República, o que demonstra a prioridade política conferida ao tema (Monteiro, 2011).

Ao mesmo tempo em que o presidente Lula apontou a prioridade do governo para o tema, existia um diagnóstico sobre a área social que destacava a superposição e fragmentação institucional (Monteiro, 2011). Em 2003, havia quatro programas de transferência de renda, em diferentes ministérios (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação), mas destinados a um público semelhante, de diversos segmentos da população pobre, com estratégias de operacionalização e gestão parecidas. Todos esses programas foram posteriormente integrados pelo Programa Bolsa Família.

Destaca-se que o último dos programas unificados no Bolsa Família foi o Cartão

Alimentação, implementado pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA).²⁶ O Cartão Alimentação era uma das ações específicas de promoção da segurança alimentar previstas pelo Programa Fome Zero. O benefício de R\$50,00 era destinado a famílias em situação de insegurança alimentar, com renda mensal inferior a meio salário mínimo *per capita*. O "Cartão Alimentação" foi implantado prioritariamente em municípios da região do semi-árido brasileiro.

É importante ressaltar que a construção do Programa Bolsa Família,²⁷ que envolveu a unificação dos quatro programas descritos acima, foi marcada por reflexões, diálogo cooperação e conflitos. Um dos maiores conflitos estava localizado nos ministérios que teriam seus programas extintos e que, por isso, interpretavam que perderiam poder e atribuições com a implantação do novo programa. Nesta direção, os atores representantes destes órgãos atuavam em conformidade com seus interesses, apresentando propostas alternativas à unificação (Monteiro, 2011).

Após o processo de unificação dos programas, tentando minimizar a fragmentação institucional existente, foi criado, em 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, que passou a dirigir o Fome Zero, integrando as ações do MESA, do Ministério de Assistência Social e da Secretaria-Executiva do Programa Bolsa Família.

A elaboração do Programa Fome Zero, juntamente com a criação do Programa Bolsa Família, representa um marco nas políticas públicas direcionadas às famílias em situação de extrema pobreza. A interface desses dois programas com a assistência social, enquanto política orientada pelo reconhecimento de direitos e provisão de necessidades sociais é fundamental, uma vez que a questão da fome e da pobreza constitui um desafio a ser enfrentado no âmbito da construção de uma política social.

Nesse sentido, vale sublinhar a elaboração da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) que demonstra um interesse em imprimir um redesenho desta política na perspectiva da implementação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (Brasil, 2005a). O SUAS começou a ser implementado a partir de 2005, por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB-SUAS). O SUAS é um sistema público, descentralizado e participativo que prioriza a atenção às famílias, seus membros e indivíduos e assume o território como base de organização. O sistema pressupõe

²⁶ O Cartão Alimentação foi criado em fevereiro de 2003, pela Medida Provisória nº 108, posteriormente convertida na Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, regulamentada pelo Decreto nº. 4675, de 16 de abril de 2003.

²⁷ A caracterização do Programa Bolsa Família será aprofundada no item 2.2.

gestão compartilhada, co-financiamento da política pelas três esferas de governo e definição clara das competências técnico-políticas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com a participação e mobilização da sociedade civil (Brasil, 2005b)

A proteção social definida na NOB-SUAS visa garantir cinco tipos de segurança: de acolhida, de convívio, de desenvolvimento da autonomia, de sobrevivência a riscos circunstanciais, e de segurança social de renda. Esta última merece uma consideração mais aprofundada neste trabalho. Conforme estabelece a NOB-SUAS:

A segurança social de renda, de competência da Assistência Social,²⁸ é operada por meio da concessão de bolsas-auxílios financeiros sob determinadas condicionalidades, com presença (ou não) de contrato de compromissos; e da concessão de benefícios continuados, nos termos da lei, para cidadãos não incluídos no sistema contributivo de proteção social, que apresentem vulnerabilidades decorrentes do ciclo da vida e/ou incapacidade para a vida independente e para o trabalho (Brasil, 2005b,p.20)

Em 2012 foi publicada, a nova Norma Operacional do Sistema Único da Assistência Social (NOB/SUAS 2012). A NOB/SUAS 2012 foi necessária devido às alterações que a LOAS sofreu no decorrer dos anos e visa que os municípios aprimorem a gestão do SUAS. Esta nova versão procura qualificar os mecanismos de gestão e financiamento do SUAS e a oferta de serviços socioassistenciais, tendo como base a participação e o controle social.

De acordo com a NOB/SUAS 2012: “A assistência social ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social” (NOB/SUAS 2012 Artigo 1º parágrafo único).

Apesar de todos os percalços que ocorreram durante a trajetória da Assistência Social brasileira para se consolidar como uma política pública universal, a Norma Operacional Básica do SUAS representa um estágio importante para a estruturação da Assistência Social como política de proteção social do Estado.

Além dos instrumentos legais que reafirmam a política de assistência social como

²⁸ Embora, conceitualmente, os programas de transferência de renda, dado seu caráter não contributivo, sejam inseridos no campo da assistência social, isso não significa que tenha havido consenso quanto à responsabilidade pela gestão dos programas de transferência de renda com condicionalidades, em particular o Programa Bolsa Família, em primeiro lugar, pela origem e disseminação de tais programas na área da Educação. Outras áreas também postularam a titularidade desses programas, como a Saúde – principalmente pelo histórico de implementação do Bolsa Alimentação – e área da Segurança Alimentar – especialmente com a visibilidade política a ela dada pela estratégia do Fome Zero (Campos Filho, 2007).

política pública de caráter universal, outros aspectos tem contribuído para a universalização da proteção social. Um exemplo é o aumento do número dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Entre 2009 e 2013 ocorreu um aumento de 44,9% no número dessas unidades, o que é de extrema relevância, já que o CRAS é a principal porta de entrada do SUAS, dada a sua capilaridade nos territórios, possibilitando o acesso das famílias à rede de proteção social de assistência social (IBGE, 2010).

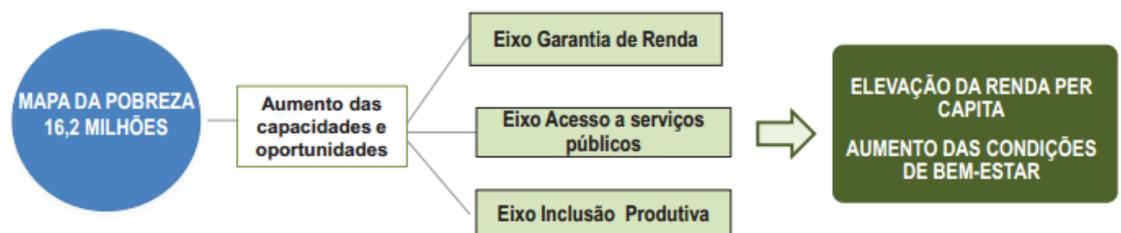
O relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta também que, desde 2009, vem ocorrendo a expansão da cobertura do sistema de proteção social e do número de cidadãos que tem acesso ao salário mínimo, destacando o Brasil como um caso positivo (OIT, 2014).

Além do êxito no acesso ao salário mínimo pela população, houve o aumento progressivo no seu valor, crescente incorporação de trabalhadores no mercado formal e relevante acréscimo na geração de empregos. Todavia, ainda há um número significativo de pessoas que permanecem na condição de extrema pobreza, o que sugere que as políticas públicas praticadas não foram suficientes e mostraram-se de difícil acesso às camadas mais pobres da população. (Menezes; Santarelli, [s.d.]).

Nesse sentido, em seu discurso de posse, em 2011, a presidenta Dilma Rousseff declarou a prioridade de esforços de seu governo para resgatar da miséria aqueles que ainda não estão devidamente incluídos na política implementada nos anos anteriores. É nesse contexto que o novo governo apresenta o Plano Brasil sem Miséria (Menezes; Santarelli, [s.d.]).

O Plano Brasil sem Miséria é estruturado em três eixos básicos: (i) elevar a renda familiar per capita, (ii) ampliar o acesso aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem estar social e (iii) ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda por meio de ações de inclusão produtiva nos meios urbano e rural. A figura 4 demonstra os eixos de atuação do referido programa (Brasil, 2011).

Figura 4: Eixos de atuação do Plano Brasil Sem Miséria



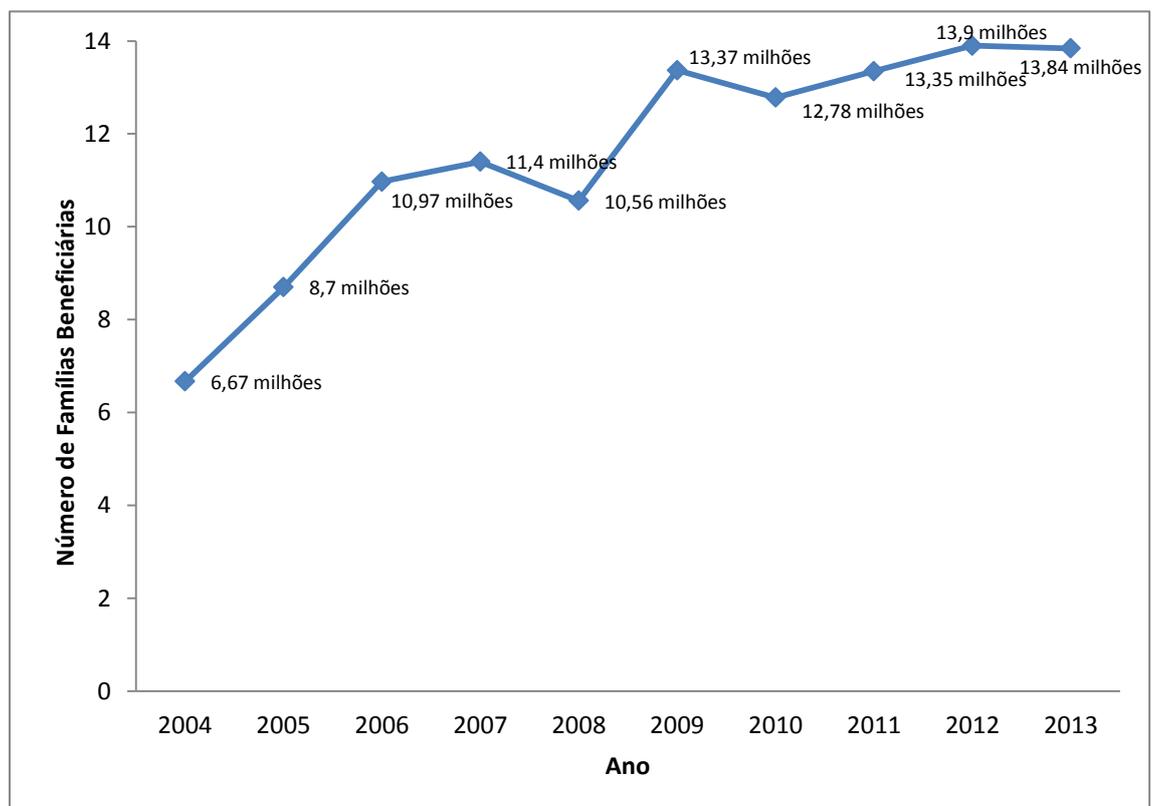
Fonte: (Brasil, 2011).

Diante do exposto, percebe-se que foram formuladas diversas estratégias com o objetivo de combater e reduzir a pobreza no Brasil, demonstrando a prioridade dada a essa temática na agenda governamental. Considera-se que a formulação dessas propostas é fundamental no âmbito da política social brasileira, para a consecução da proteção integral, nos termos previstos pela Constituição Federal de 1988.

2.2 O Programa Bolsa Família: Desenho e Diretrizes

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, voltado para famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. A Figura 5 demonstra o aumento do número de famílias cadastradas do início do programa até 2013.

Figura 5: Evolução de Famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família-2004 a 2013



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Relatório de Informações Sociais, 2013.

O Bolsa Família possui três pilares centrais, sendo eles: a transferência de renda, as condicionalidades e os programas complementares. A transferência direta de renda tem como objetivo possibilitar alívio imediato da pobreza; as condicionalidades têm como propósito reforçar os direitos à saúde e à educação e, dessa forma, auxiliam a quebrar o ciclo intergeracional da pobreza. Já as ações e programas complementares visam criar oportunidades para que as famílias superem a situação de vulnerabilidade, proporcionando a melhoria na condição de vida (Brasil, 2010b).

Para selecionar as famílias que serão beneficiadas, o Bolsa Família utiliza as informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – mais conhecido como Cadastro Único (CadÚnico). O Cadastro é um instrumento de identificação e caracterização das famílias de baixa renda utilizado por mais de 15 programas sociais do Governo Federal, como o Minha Casa Minha Vida e a Tarifa Social de Energia Elétrica. Ressalta-se que o cadastramento não implica a entrada imediata das famílias no PBF e o recebimento do benefício.

A inclusão das famílias no PBF é realizada entre as que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza. Os valores limite para o ingresso no programa são de R\$ 154,00 *per capita* (pobreza), para famílias que possuam crianças e adolescentes até 17 anos em sua composição, e R\$ 77,00 *per capita* (extrema pobreza), independente da composição familiar (Brasil, 2013a)

Os valores dos benefícios pagos pelo Bolsa Família variam, de acordo com a renda mensal da família por pessoa, com o número de crianças e adolescentes de até 17 anos e número de gestantes e nutrizes componentes da família. O programa tem alguns tipos de benefícios: o básico, o variável, o variável vinculado ao adolescente, o variável vinculado à gestante, o variável vinculado à nutriz e o benefício para superação da extrema pobreza (Brasil, 2013a).

O benefício básico, de R\$ 77, é pago às famílias consideradas extremamente pobres, com renda mensal de até R\$ 77 por pessoa, mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens (Brasil, 2013a).

O benefício variável, de R\$ 35, é pago às famílias pobres, com renda mensal de até R\$ 154 por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos, gestantes e/ou nutrizes. Cada família pode receber até cinco benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 175 (Brasil, 2013a).

O benefício variável vinculado ao adolescente (BVJ), de R\$ 42, é pago a todas as famílias do programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada

família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 84 (Brasil, 2013a).

O benefício variável vinculado à gestante, de R\$ 35, é concedido às famílias que tenham gestantes em sua composição. Ocorre o pagamento de nove parcelas consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício, desde que a gestação tenha sido identificada até o nono mês.

O benefício variável Nutriz, de R\$ 35, é concedido às famílias que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição. Ocorre o pagamento de seis parcelas consecutivas, desde que a criança tenha sido identificada no Cadastro Único até o sexto mês de vida.

O benefício para superação da extrema pobreza é transferido às famílias que continuem em situação de extrema pobreza (renda mensal por pessoa de até R\$ 77), mesmo após o recebimento dos outros benefícios. Ele é calculado para garantir que as famílias ultrapassem o limite de renda da extrema pobreza. O valor do benefício varia de caso a caso.²⁹ O Quadro 3 sistematiza os tipos de benefícios do Bolsa Família e seus valores.

Quadro 3: Tipos, valores e públicos-alvo dos benefícios do Bolsa Família.

Tipo de Benefício	Valor	Público do Bolsa Família atendido	Quantidade
Benefício Básico	R\$ 77	Famílias em extrema pobreza, independentemente de sua composição	1 por família
Benefício Variável (BV)	R\$ 35	Famílias com crianças e/ou adolescentes de até 15 anos.	Até 5 por família
Benefício Variável à Gestante (BVG)	R\$ 35	Famílias com gestantes. Pago em nove parcelas mensais consecutivas, ainda que o prazo termine após o nascimento (só é pago se a gestação for detectada até o nono mês).	Entra no limite do BV, de até 5 por família
Benefício Variável Nutriz (BVN)	R\$ 35	Famílias com bebês de até 6 meses. Pago em seis parcelas mensais consecutivas (só é pago se o nascimento for informado até o sexto mês de vida).	Entra no limite do BV, de até 5 por família

²⁹ O Benefício para Superação da Extrema Pobreza, foi lançado em 2012 no âmbito da Ação Brasil Carinhoso.

Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ)	R\$ 42	Famílias com jovens de 16 e 17 anos. Pago até o mês de dezembro do ano em que o jovem completa 18 anos.	Até 2 por família
Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP)	Calculado caso a caso	Famílias que mesmo após o recebimento dos benefícios a que faz jus dentre os listados acima continuam na extrema pobreza. Recebem a quantia que falta para superarem a extrema pobreza.	1 benefício que leva em conta todos os membros da família

Fonte: Costa e Falcão (2014).

O segundo pilar essencial do Programa Bolsa Família diz respeito às condicionalidades presentes no programa. As condicionalidades são definidas como compromissos assumidos pelo poder público e pelas famílias com o objetivo de reforçar e ampliar o acesso aos serviços sociais básicos.

Esses compromissos são:

- Na área de **Educação**, para as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos: a matrícula e a garantia da frequência mínima de 85% da carga horária escolar mensal. Para os adolescentes de 16 e 17 anos, além da matrícula, deve-se observar a garantia de pelo menos 75% da frequência escolar mensal.
- Na área de **Saúde**, os compromissos dos pais ou responsáveis são: manter atualizado o calendário de vacinação das crianças menores de sete anos e levar as crianças para pesar, medir e serem examinadas, conforme o calendário do Ministério da Saúde. As gestantes e mães que amamentam devem participar do pré-natal e ir às consultas na unidade de saúde. Após o parto, devem continuar o acompanhamento da própria saúde e do bebê, além de participar das atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde sobre aleitamento e alimentação saudável.
- Na área de **Assistência Social**, o compromisso é a frequência mínima de 85% da carga horária relativa às ações de convivência e fortalecimento de vínculos desenvolvidas pelos municípios para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco de trabalho infantil no âmbito do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) (Brasil; 2010c).

A presença das condicionalidades no desenho do PBF, especialmente as da área educacional, visa promover acumulação de capital humano, oferecendo às crianças de famílias pobres melhores oportunidades de qualificação. Nesse sentido, ampliar o acesso desses indivíduos a serviços sociais básicos favoreceria a inserção futura no mercado de trabalho e na sociedade, podendo promover a quebra do ciclo intergeracional da pobreza que perdura nessas famílias.

É importante mencionar que a origem das condicionalidades mantém relação com os programas que antecedem o Bolsa Família. O Bolsa Alimentação já possuía condicionalidades na área da saúde e o Bolsa Escola na área da educação. A unificação dos programas proporcionou a integração das condicionalidades, que passaram a ter centralidade na família e não em apenas alguns de seus membros.

Contudo, evidencia-se que a questão das condicionalidades sempre provocou grande polêmica no debate dos Programas de Transferência de Renda. Alguns atores que se baseiam na lógica da Renda Básica de Cidadania, entendem que as condicionalidades não deveriam existir, já que a garantia de uma renda mínima é um direito de cidadania.³⁰

Por outro lado, um segundo grupo, composto principalmente por atores com atuação na área educacional defendia a existência das condicionalidades. Pode-se dizer que parte de tal grupo compreende as condicionalidades na sua vertente mais clássica, ou seja, é preciso modelar o comportamento daquelas famílias que não matriculam seus filhos nas escolas, por exemplo; caso não cumpram essa contrapartida é preciso ter repercussão no seu benefício. O argumento está voltado mais para a acumulação do capital humano do que para transferência monetária propriamente. Ressalta-se ainda que a condicionalidade da educação era muito defendida também pela questão do trabalho infantil, fortemente presente no país, visto que contribui para a evasão escolar. Outros especialistas que também defendiam a presença das condicionalidades se apoiavam na responsabilidade que é assumida pelo Estado de garantir acesso à educação e à saúde de toda a população.

Há ainda um terceiro grupo que, apesar de não ser defensor da presença das condicionalidades no desenho do programa, torna-se favorável pelo fato da aceitação da sociedade brasileira, pois uma grande parcela da população poderia não concordar com um programa que transfere dinheiro e não exige nenhuma contrapartida em troca. Nesse sentido, no momento da formulação de um grande programa como o PBF seria importante considerar

³⁰ Essa é a posição, por exemplo, do Senador Eduardo Suplicy que defende a adoção de uma Renda Básica de Cidadania distribuída a todos habitantes do país. Suplicy também encontrava apoio em outros especialistas envolvidos na formulação inicial do programa (Suplicy, 2003).

a opinião pública.

Perante todas essas visões e após intenso debate, os especialistas envolvidos com a formulação inicial do programa chegaram a um consenso sobre seu desenho, estabelecendo a presença das condicionalidades na área da saúde, educação e assistência social.

O acompanhamento de condicionalidades pelas áreas de Educação e Saúde ocorre em cinco bimestres e dois semestres ao ano respectivamente. O registro do acompanhamento da frequência escolar está vinculado ao Ministério da Educação, e o do acompanhamento da agenda de saúde fica sob a gestão do Ministério da Saúde.

O não cumprimento das condicionalidades estabelecidas pelo programa implica sanções gradativas, que vão desde advertência até o cancelamento do benefício. O cancelamento de benefícios em decorrência de descumprimento de condicionalidades é considerado um instrumento extremo e demonstra que em algum momento ocorreu situações de falha no sistema de proteção social.

Os programas ou ações complementares constituem o terceiro pilar do PBF e articulam-se a ele no intuito de ampliar o alcance dos seus objetivos. Suas ações estão voltadas para o desenvolvimento de capacidades das famílias beneficiárias, facilitando sua inclusão social. São exemplos de programas complementares: programas de qualificação profissional, de geração de trabalho e renda, alfabetização de adultos, entre outros.

Considerando a pobreza um problema complexo e multifacetado, cujo enfrentamento requer a complementaridade de diversas ações, os programas complementares colocam-se como fundamentais para propiciar a emancipação das famílias, enfrentando as diferentes causas da pobreza e da exclusão social.

Ressalta-se que a família não perde o benefício por participar de ações que promovam oportunidades de desenvolvimento das famílias e que ajudam a aumentar a renda e melhorar a condição de vida. O beneficiário tem a garantia de continuar no PBF por dois anos, mesmo que haja alteração na renda. (Brasil, 2010b).

O quadro 4 apresenta os programas complementares articulados em nível federal, em julho de 2014.

Quadro 4: Oferta do Governo Federal de programas complementares

Programa	Descrição	Agente Executor
Programa Brasil Alfabetizado	O Programa capacita alfabetizadores e alfabetiza cidadãos com 15 anos ou mais, que não tiveram oportunidade de estudar, ou foram excluídos da escola, antes de aprender a ler e a escrever.	Ministério da Educação (MEC)
Próximo Passo	O Programa é uma ação de qualificação e inserção profissional. São ofertados cursos na área da construção	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)

	civil, articulados às obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e na área de turismo.	
Programa de Qualificação Profissional Continuada – Acreditar	O Programa tem como objetivo preparar os beneficiários do Programa Bolsa Família e pessoas inscritas no Cadastro Único para oportunidades de emprego nas obras da empresa no País. São oferecidos cursos preparatórios nas áreas de operação de máquinas, mecânica, elétrica e construção civil.	Construtora Norberto Odebrecht
Programa de Mobilização da Indústria Nacional de Petróleo e Gás Natural (Prominp)	O Programa instituiu um plano nacional de qualificação profissional que visa capacitar, gratuitamente, milhares de profissionais para postos de trabalho nesse setor.	Governos estaduais e municipais
Programa Nacional da Agricultura Familiar (PRONAF B)	O Programa é uma linha de microcrédito rural voltada para produção e geração de renda das famílias agricultoras de mais baixa renda do meio rural.	Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA)
<u>Crediamigo e Agroamigo</u>	O Crediamigo facilita o acesso ao crédito a milhares de empreendedores que desenvolvem atividades relacionadas à produção, à comercialização de bens e à prestação de serviços. O Agroamigo visa à concessão de financiamento para a área rural, metodologia própria de atendimento, cujas premissas são: crédito orientado e acompanhado.	Banco do Nordeste
Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado	Concessão de crédito orientado e acompanhado para as famílias beneficiárias do PBF, que trabalhem por conta própria, sendo potenciais microempreendedores.	Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
Territórios da Cidadania	O objetivo é promover o desenvolvimento econômico e universalizar programas básicos de cidadania, por meio da integração de ações do Governo Federal, dos estados e dos municípios.	Casa Civil e Ministérios
Assentamentos rurais	Promover a inscrição de famílias assentadas no Cadastro Único e priorizar inserção no PBF	Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)

Fonte: Elaboração própria, 2014 a partir das informações disponíveis no endereço eletrônico: http://www.mds.gov.br/programabolsafamilia/programas_complementares/programas-federais

2.3 A gestão do Programa Bolsa Família: coordenação intergovernamental e intersetorial

A concepção do Bolsa Família como uma política de combate à pobreza torna-o inequivocamente um programa transversal com necessidade de articulação

intergovernamental e intersetorial. Segundo Moreno (2007) a natureza transversal³¹ das grandes questões sociais é que elas não são questões que dizem respeito exclusivamente a um setor ou nível de governo. Isso demanda respostas em dois níveis: intragovernamental e intergovernamental. No primeiro caso, por meio de políticas setoriais baseadas na conjugação de esforços, conhecimentos, e recursos de diversos órgãos de um mesmo nível de governo. No segundo caso, envolve a coordenação entre instituições de governos distintos, de igual ou diferente nível. Nesse sentido, a coordenação intergovernamental e a gestão intersetorial são modalidades de respostas cada vez mais frequentes na administração pública para o enfrentamento de temas sociais complexos como a pobreza, por exemplo.

Na área das políticas sociais, para que ocorram os processos de formulação, gestão e operacionalização de programas públicos é fundamental que haja entrelaçamento e diálogo entre os três níveis de governo (Abrucio, 2005). A implementação de um programa de abrangência nacional, especialmente em um país federativo como o Brasil, não pode prescindir de cooperação intergovernamental, para que sua operacionalização ocorra de maneira efetiva.

A intersetorialidade, no âmbito das políticas sociais, se apresenta como uma estratégia de reorganização das práticas governamentais visando dar respostas aos problemas, necessidades e demandas dos diversos grupos sociais da população. Segundo Porto, Lacaz e Machado (2003) a intersetorialidade pressupõe a construção de canais de comunicação e de estratégias de ação conjunta, estabelecendo novos compromissos entre atores e instituições sociais organizados em torno da análise e enfrentamento de problemas locais ou regionais considerados prioritários, ou seja, as prioridades definidas deverão envolver ações integradas de vários setores. São justamente os problemas de natureza mais complexa que exigem ações integradas e intersetoriais.

A necessidade de coordenação intergovernamental e intersetorial é mais evidente no que concerne à implantação dos programas complementares, aos acordos de cooperação entre União, estados e municípios que conjugam políticas sociais federais e locais e à gestão das condicionalidades. Desse modo, tais questões serão detalhadas adiante, enfatizando seus aspectos intergovernamentais e intersetoriais.

³¹ Quando uma questão é concebida como transversal, trata-se de um tema que influencia a agenda de praticamente todas as áreas políticas e domínios das diferentes esferas de governo. Estes são temas em que muitas instituições estão implicadas. O problema da fome, por exemplo, faz parte de tais questões, uma vez que traz consequências severas para os seres humanos e suas atividades; o que o torna um tema social fundamental. Isto significa que a política de combate à fome é intersetorial, pois é direta ou indiretamente, afetada por quase todas as outras políticas setoriais como a agricultura, saúde, desenvolvimento urbano, habitação e desenvolvimento econômico (Moreno, 2007).

Na gestão do Programa Bolsa Família a coordenação intergovernamental é colocada como fundamental, pelos principais instrumentos normativos do PBF, desde sua lei de criação às portarias de sua regulamentação. Destaca-se que a responsabilidade solidária das três esferas de governo pelas políticas de redução da pobreza está presente desde a Constituição Federal (CF) de 1988, na medida em que esta estabelece como competência comum aos entes federativos: “combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos” (Constituição Federal, 1988, artigo 23, X).

Todavia, a Constituição Federal de 1988 não avança na construção de procedimentos e instrumentos necessários para o aprofundamento de uma atuação conjunta, deixando para as políticas públicas a tarefa de estabelecer espaços e oportunidades de negociação permanente entre as esferas de governo (Lício; Mesquita; Currálero, 2011).

Como o Programa Bolsa Família é um programa nacional de combate à pobreza, para que ocorra a sua gestão, é necessário estabelecer estratégias de cooperação com as outras esferas governamentais, pois embora o combate à pobreza seja uma competência comum às três esferas de governo, nada obriga os entes subnacionais a assumir responsabilidades pela execução de programas federais na área social. As bases para a cooperação na implementação desses programas devem ser construídas de forma negociada, respeitando a autonomia das partes (Campos Filho, 2007).

De igual modo, Abrucio (2005) argumenta que a interdependência federativa não pode ser alcançada apenas pela ação impositiva e piramidal, pois uma federação supõe uma estrutura mais matricial, sustentada por uma lógica compartilhada e negociada. Todavia, o autor ressalta que as esferas superiores de poder podem estabelecer relações hierárquicas frente às demais, seja em termos legais, seja em virtude do auxílio e do financiamento às outras unidades governamentais.

Ressalta-se que é importante cuidar para não cair na armadilha da cooperação verticalizada, que acaba por esbarrar mais em subordinação do que em parceria, fenômeno já identificado na implementação de outras políticas sociais (Mesquita, 2006). De igual modo, Cohn (2012) identifica que o movimento do governo nacional em direção aos governos subnacionais vem se mostrando cheio de conflitos e contradições, o que propicia na maioria dos casos o estabelecimento de um padrão de concorrência entre os entes federados, em vez de uma relação de cooperação.

A execução de um programa federal da natureza do PBF não poderia prescindir da participação dos outros níveis de governo, sob pena de inviabilizá-lo devido aos elevados custos operacionais que ocorreriam em uma estrutura centralizada. Dessa forma, obter a

adesão dos governos subnacionais ao programa é fundamental para sua operacionalização. De acordo com Mesquita (2006) um dos desafios para a consolidação desse tipo de programa é obter a participação dos governos locais em um programa federal, pois o ônus financeiro de ações como o cadastramento e o controle das condicionalidades das famílias recai sobre os governos locais, ao mesmo tempo em que quase não há ganhos políticos para esses atores, uma vez que o benefício está associado ao governo federal.

Percebe-se que o PBF requer intensa coordenação intergovernamental, pois além das responsabilidades e ações específicas que cada ente possui na gestão do programa (por exemplo, cadastro das famílias, transferência de renda e monitoramento das condicionalidades), os governos subnacionais (estados e municípios) possuem um papel essencial no desenvolvimento de políticas complementares de caráter intersetorial. Ainda que os programas complementares estejam presentes do desenho federal do programa, eles dependem, para seu sucesso, da ação dos estados e municípios. Ademais, os entes subnacionais podem propor programas complementares próprios.

Desse modo, é importante analisar as estratégias da União utilizadas para obter a adesão e o apoio dos estados e os municípios para atuar de forma conjunta nesse programa.

Para institucionalizar o relacionamento com os municípios na implementação do PBF, o Ministério do Desenvolvimento Social regulamentou, a partir de 2005, o processo de adesão ao Programa Bolsa Família e ao CadÚnico a partir de um instrumento denominado Termo de Adesão, que formaliza os compromissos mútuos assumidos para a gestão do programa.³²

O termo de adesão ao Programa é obrigatoriamente assinado pelo prefeito municipal, ou por seu substituto que indica o gestor municipal do PBF. Ao prefeito também cabe instituir ou indicar uma instância pré-existente para o exercício do controle social sobre o programa respeitando a intersetorialidade e a paridade entre governo e sociedade.³³

³² A Portaria GM/MDS N° 246, de 20 de maio de 2005 aprova os instrumentos necessários à formalização da adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família, à designação dos gestores municipais do programa e à informação sobre sua instância local de controle social, e define o procedimento de adesão dos entes locais ao referido programa. É importante analisar o significado do termo de adesão dos entes federados ao PBF. Geralmente as adesões são marcadas pelo pressuposto de que há autoridade de um dos atores envolvidos. O outro apenas adere às condições estabelecidas unilateralmente. Em parte, o modelo de adesão do PBF guarda essa característica, na medida em que o instrumento padronizado não é negociado individualmente (Lício; Mesquita; Currallero, 2011).

³³ A criação desses espaços como possibilidade de participação e controle social é fundamental para democratizar a esfera local. Há dúvidas, no entanto, sobre sua efetividade, por dois motivos. O primeiro, devido à possível cooptação dos membros dessas instâncias pelo poder público, inclusive a partir da nomeação dos próprios conselheiros, o que compromete a atuação dos mesmos. Nesse sentido, é positiva a opção de delegar essa atribuição a conselhos pré-existentes, com procedimentos já formatados e testados. O segundo, a falta de informação, tanto sobre a população beneficiária, mas principalmente sobre o funcionamento do próprio

Além da motivação para formalizar o relacionamento já existente, os municípios foram estimulados por outras medidas tomadas pelo MDS, como o incentivo financeiro. Diante dessa necessidade de atualizar as informações cadastrais da base de dados do Cadastro Único e, considerando os custos de realização da atividade, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), implementou um processo de atualização cadastral que, pela primeira vez, contava com apoio financeiro relevante do Governo Federal para atividades de execução do Cadastro Único e do PBF nos municípios.³⁴ (Brasil, [s.d.]).

Monnerat (2009) sinaliza que no ano de 2005 o programa vivia uma conjuntura marcada por denúncias de má focalização das famílias, duplicidade de cadastros, falta de cadastradores capacitados, entre outros problemas. Reconhecendo, então, os problemas de focalização do programa e a necessidade de qualificar o processo de cadastramento das famílias, o governo federal adotou diversas estratégias visando aprimorar a gestão do Cadastro Único. Dentre tais estratégias havia a transferência para os municípios um valor fixo em reais por cada cadastro atualizado. Desde então se verifica a publicação de extensa normalização acerca do Cadastro Único, cruzamento de dados do CadÚnico com dados do Ministério do Trabalho para detectar famílias que porventura estejam fora dos critérios de renda do programa.

Os problemas enfrentados na atualização cadastral demonstraram que a baixa disponibilidade de recursos a serem investidos na gestão do PBF, no âmbito do município, seria um fator limitante da gestão do PBF.

A experiência do incentivo financeiro para o processo de atualização do Cadastro Único demonstrou, então, a importância do Governo Federal preocupar-se com o financiamento das ações de gestão do PBF que se encontram a cargo dos municípios. (Brasil, [s.d.]).

Neste contexto, foi criado o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), um indicador que associa a fórmula de repasse com monitoramento e incentivo à boa prática da gestão. O IGD veio, portanto, para suprir a carência de aferição de qualidade da gestão do PBF e do Cadastro Único, sendo calculado por meio da multiplicação de quatro fatores. O Fator I compreende a validade e a atualização dos cadastros, bem como o acompanhamento das

programa. Sem que isso se resolva, as instâncias de controle social não cumprirão seu papel, que vai além da fiscalização da atuação municipal (Mesquita, 2006).

³⁴ O cadastramento é um processo complexo que exige grandes investimentos de ordem financeira, técnica, bem como adequada infraestrutura e capacitação de recursos humanos. Assim, é de extrema importância observar em que condições os municípios desenvolvem o cadastramento, com que qualidade e também se os dados estão realmente sendo usados para fins de planejamento de políticas sociais (Monnerat, 2009).

condicionalidades de saúde e de educação; o Fator II corresponde à adesão do município ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS); o Fator III - fator de informação da apresentação da comprovação de gastos dos recursos do IGD-M, que indica se o gestor do Fundo Municipal informou a comprovação dos gastos dos recursos do IGD-M ao Conselho Municipal de Assistência Social e Fator IV - fator de informação da aprovação total da comprovação de gastos dos recursos do IGD-M pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

Outro aspecto relevante foi a descentralização de funções de gestão e a disponibilidade de acesso a sistemas informacionais – para a efetivação das funções descentralizadas –, como utilização do Sistema de Gestão de Benefícios (SGB) por parte dos gestores municipais, coordenadores estaduais, membros das instâncias de controle social e integrantes da Rede Pública de Fiscalização do PBF (Brasil, 2010d).

Se, de um lado, a participação dos municípios de forma conjunta com a União, está definida desde 2005, por meio do termo de adesão, o escopo da atuação dos estados no PBF ainda é um processo em construção, como ocorre em outras políticas públicas. Para Abrucio (2005) as unidades estaduais ficaram, com a Constituição de 1988, em um quadro de indefinição de suas competências e da maneira como se relacionariam com os outros níveis de governo. Essa fragilidade institucional favoreceu uma posição “flexível” dos governos estaduais: quando as políticas tinham financiamento da União, eles procuravam participar; caso contrário, eximiam-se de atuar ou repassavam as atribuições para os governos locais.

Segundo Afonso (2006) pela própria natureza desse tipo de programa, que necessita de um foco bem localizado de diagnóstico e de atuação, há um relacionamento direto entre a União e município, deixando a esfera de governo intermediária de fora, num papel complementar, ou com uma indefinição do seu real papel.

A atuação desse nível de governo torna-se secundária pela ausência de instrumentos e ferramentas que permitam o acompanhamento e a cogestão do PBF. As informações disponíveis nem sempre estão organizadas adequadamente para a análise e planejamento de ações por parte do estado. De fato, é necessário o desenvolvimento de fluxos, mecanismos e processos contínuos de troca de dados e capacitação, de modo que esse nível de governo encontre responsabilidades próprias dentro de tal programa, de importância significativa para essa política (Mesquita, 2006).

Apesar da atuação restrita dos estados Lício, Mesquita e Currelero (2011) argumentam que tal ente federado é relevante, pois tem a função de apoiar os municípios, principalmente os menores e menos estruturados, com suporte tecnológico e capacitação. Embora não atuem

diretamente na execução do programa, a vocação dos governos estaduais para mobilização dos municípios que estão no seu território, bem como para o monitoramento das ações que são realizadas, tem colocado esse nível de governo como um ator importante, na medida em que apoia o trabalho de coordenação a cargo da União.

Na categoria de cooperação intergovernamental, enquadra-se também a promoção de acordos de cooperação com os entes interessados, para a ampliação de cobertura ou aumento dos benefícios pagos na localidade.³⁵ Mediante esses acordos, que podem ser firmados tanto por municípios, quanto por estados, os entes se comprometem a destinar orçamento próprio para pagamento complementar de benefícios aos titulares do programa. No caso de estados, podem ser escolhidas as cidades em que haverá a complementação financeira, não precisando se estender a todos os municípios. A complementação financeira de benefícios visa melhorar o nível de renda das famílias pobres na localidade, podendo concretizar dois tipos possíveis de parceria, a depender da situação do ente: a) complementação financeira dos benefícios originalmente pagos pelo PBF mediante cofinanciamento do ente federado; b) integração do Bolsa Família a programas de transferência de renda locais (Brasil, 2010e).

Segundo documento oficial, ambos os tipos de parceria envolvem processos muito parecidos de operacionalização. Ambos prevêm o pagamento, pelo governo local, de complementações financeiras aos benefícios federais ou a concessão de benefícios a um número maior de famílias naquela localidade. A diferença é que, no primeiro caso, o ente federado apenas decide cofinanciar o Bolsa Família, com aporte extra de recursos, que são transferidos periodicamente ao Agente Operador do Programa, para que este realize os pagamentos adicionais; enquanto, no segundo caso, o ente federado dispõe de um programa próprio de transferência de renda, com regras específicas, que são harmonizadas ao PBF, para que haja integração e pagamento conjunto de benefícios, por uma única instituição financeira. Em ambos os casos, o estado ou município deverá estabelecer o quantitativo e os tipos de famílias que pretende atender com as complementações de benefício (Brasil; 2010e).

Os acordos de cooperação realizados entre a União, estados, ou municípios, para a concessão integrada de benefícios sociais representam um avanço no pacto federativo, na medida em que possibilitam a sinergia de políticas sociais federais e locais, propiciando vantagens aos atores envolvidos. Tais vantagens se expressam no aumento do valor dos

³⁵ Segundo o Artigo 12º, do Decreto nº 5.209, de 2004. Sem prejuízo do disposto no § 1º do art. 11, e com vistas a garantir a efetiva conjugação de esforços entre os entes federados, poderão ser celebrados acordos de cooperação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, tendo como objeto programas e políticas sociais orientadas ao público beneficiário do Programa Bolsa Família.

benefícios sociais concedido às famílias em situação de vulnerabilidade, o que pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas famílias e conseqüentemente influi positivamente na economia local. Além disso, a integração de programas locais de transferência de renda ao Bolsa Família pode potencializar a legitimação do PBF, enquanto política pública de combate à pobreza.

A gestão desses aspectos, no entanto é bastante complexa, pois exige maior organização dos serviços para o acompanhamento dos dois benefícios (nacional e local); maior coordenação entre os entes federados (município e União) e a criação de uma rede intersetorial com maior integração entre os três setores envolvidos (saúde, educação e assistência).

Outro tipo de articulação do PBF com programas e políticas sociais é a oferta de programas complementares pelo MDS, dependente também de uma gestão que conjugue esforços entre os diferentes níveis de governo e de estratégias de articulação intersetorial com diversos órgãos dos governos federal, para atender as necessidades das famílias em áreas como geração de trabalho e renda, acesso ao conhecimento, qualificação profissional, alfabetização entre outras.

Os programas complementares visam combater o quadro de desigualdades e contribuir para a inclusão social, por meio do desenvolvimento de capacidades, das famílias cadastradas no CadÚnico, principalmente, as beneficiárias do PBF. A articulação dos programas complementares com o PBF deve levar em conta o perfil das famílias atendidas, suas vulnerabilidades e potencialidades, assim como ações já existentes em face das potencialidades econômicas, culturais e naturais específicas de cada localidade.

Em relação à oferta de tais programas complementares para os seus públicos- alvo verifica-se que ainda não está clara uma real convergência dessas ações para as famílias beneficiárias do PBF. É necessário aprimorar a articulação intergovernamental e intersetorial para aumentar a capacidade de utilização desses programas, absorvendo a grande demanda incorporada pelas famílias do PBF.

De acordo com Lício, Mesquita e Currello (2011) em 2008, 268 mil beneficiários do PBF foram atendidos pelo Programa Brasil Alfabetizado. Até 2010, apenas 1.491 beneficiários do PBF tinham sido atendidos pelo Programa Nacional de Microcrédito Produtivo Orientado. Em 2010, cerca de 256 mil famílias do PBF foram beneficiadas pelos programas de microcrédito Agroamigo (23 mil) e Crediamigo (233 mil). Tais resultados evidenciam a fragmentação desses programas, que operam na casa dos “milhares” de beneficiários, enquanto o PBF opera na casa dos “milhões”.

Mais recentemente, é importante considerar o alcance do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) criado em 2011.³⁶ De 2011 a 2014, por meio do Pronatec, foram realizadas mais de 8 milhões de matrículas, entre cursos técnicos e de formação inicial e continuada. As iniciativas de articulação do Bolsa Família com o Pronatec, visam facilitar o acesso de famílias beneficiárias à formação técnico-profissional.

Para Mesquita (2006) a articulação do PBF com as políticas complementares representa o maior desafio. Por depender essencialmente de visão territorial e da identificação de potencialidades regionais, talvez seja o ingrediente capaz de trazer os municípios para o centro das decisões.

Embora a cidade seja um espaço privilegiado para a integração das políticas setoriais e da ação intersetorial, tentativas isoladas de implementação de um modelo intersetorial tem dificuldade de se impor, especialmente em um país federativo como o Brasil, onde as políticas públicas percorrem as três esferas do governo, que são hegemonicamente estruturadas setorialmente. Do mesmo modo, políticas gestadas na perspectiva intersetorial na esfera federal tendem a ter as mesmas dificuldades de operacionalização nos estados e municípios e perdem a potência à medida que percorrem cada esfera (Andrade, 2004).

Sobre esse tema, Viana (1998) argumenta que as políticas de descentralização na área social favoreceram uma maior intersetorialidade das políticas públicas locais. Todavia, devido às especificidades da descentralização no Brasil e variáveis como a política econômica federal, resistências burocráticas e corporativas nas ações públicas, a adoção dessas praticas intersetoriais tem ficado restrita aos âmbitos locais, com características temporárias e experimentais.

A gestão das condicionalidades existentes no programa possui como elo essencial também articulação intergovernamental e intersetorial, visto que exige, no mínimo, articulação integrada entre as áreas de educação, saúde e assistência social nos três níveis federativos.

A gestão de condicionalidades do PBF envolverá o exercício de atribuições complementares e coordenadas no âmbito da União, estados e municípios e será realizada por meio da conjugação de esforços entre os entes federados,

³⁶ O Pronatec foi criado pelo Governo Federal por meio da Lei 11.513/2011. Tal programa tem o objetivo de expandir a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país, visando ampliar as oportunidades educacionais e de formação profissional qualificada aos jovens, trabalhadores e beneficiários de programas de transferência de renda.

observada a descentralização, a intersetorialidade [...] (Portaria nº 321, artigo12).

A gestão das condicionalidades é, portanto atribuída aos três entes federados, englobando ações que vão desde o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades até o registro periódico das informações coletadas, assim como a aplicação dos efeitos previstos caso ocorra o descumprimento das condicionalidades. O descumprimento das condicionalidades, detalhado legalmente, pode ir desde uma advertência no extrato das famílias até o cancelamento do benefício.³⁷

A gestão das condicionalidades possui uma rotina complexa que envolve uma série de procedimentos. Questões como o envolvimento e qualificação dos profissionais, controle social, capacidade de articulação interorganizacional dos serviços e a articulação intergovernamental e intersetorial, tornam ainda mais difícil a gestão e a operacionalização das condicionalidades no nível local.

De acordo com Ximenes e Agatte (2011) para que esse processo flua com o menor número possível de obstáculos, é necessário que os diferentes gestores em âmbito federal, bem como a articulação com os principais gestores nas esferas estaduais e municipais e a coordenação entre eles, estejam alinhados com as diretrizes do programa, concepções e rotinas administrativas, considerando os prazos, os critérios e, especialmente, os propósitos que envolvem a gestão das condicionalidades.

Objetivando contribuir para a melhoria desse processo, fortalecer a participação dos demais níveis de governo e a responsabilização política dos atores, foi instituído o Fórum Intersetorial e Intergovernamental de Condicionalidades.³⁸ Este espaço de debate visa aprimorar a construção de consensos e de integração entre políticas públicas nas três esferas de governo no acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, promovendo a troca de experiência e de informações entre os setores envolvidos, assim como outras formas de reforço da intersetorialidade inerente às condicionalidades do PBF.

Para Lício, Mesquita e Currelero (2011) na dimensão das condicionalidades, há uma

³⁷ A portaria GM/MDS nº 321/08 dispõe sobre a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Quanto aos efeitos as famílias com crianças ou adolescentes de até 15 anos de idade, nutrízes ou gestantes, no primeiro registro de descumprimento recebem uma advertência, no segundo registro de descumprimento ocorre o bloqueio do benefício, no terceiro registro de descumprimento se procede a suspensão do benefício por 30 dias, no quarto registro de descumprimento há o bloqueio do benefício por 60 dias e o quinto registro de descumprimento acarreta o cancelamento do benefício (Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008)

³⁸ O Fórum Intersetorial e Intergovernamental de Condicionalidades foi instituído pela Portaria Interministerial, MDS/MEC/MS nº 2, de 16 de setembro de 2009.

crecente busca pela maior integração entre as políticas nos três níveis de governo, a qual se deve à premissa de que a atuação intersetorial dará conta de uma abordagem integral da situação de vulnerabilidade em que vivem as famílias beneficiárias. Nesse sentido, o modelo hierarquizado de relações intergovernamentais não tem prevalecido no âmbito das condicionalidades.

A intersetorialidade é fundamental no âmbito das condicionalidades do PBF, pois a atuação conjunta das áreas de saúde, educação e assistência social, permite a identificação de problemas relacionados à oferta e/ou ao acesso aos serviços, que devem ser objeto de ações específicas para sua resolução. Muitos dos problemas vivenciados pelas áreas de saúde e educação não são solucionados somente pelas próprias áreas, pois em contextos de situações de vulnerabilidade social tais dificuldades apresentam dimensões multidimensionais que requerem uma abordagem integral em conjunto com outras esferas de atuação (Ximenes; Agatte, 2011)

Tais autores argumentam também sobre a importância da coordenação federativa que ocorre em geral nas políticas públicas brasileiras, não sendo diferente na gestão do Programa Bolsa Família. Seu principal desafio é construir um modelo de gestão compartilhada com estados e municípios, em que as responsabilidades de cada esfera são definidas e acordadas, buscando maior efetividade no atendimento às famílias beneficiárias.

A existência das condicionalidades e especialmente a gestão das condicionalidades da saúde é uma questão bastante complexa, com diversas facetas e apresenta uma ampla discussão entre pesquisadores e políticos, sendo importante detalhá-la. Dessa forma, o item a seguir se propõe a aprofundar questões importantes sobre a gestão das condicionalidades da saúde do PBF.

2.4 As Condicionalidades da Saúde do Programa Bolsa Família

A unificação dos programas de transferência monetária permitiu que o PBF incorporasse as condicionalidades exigidas nos programas anteriores. Segundo definição legal, as condicionalidades presentes no PBF visam ampliar o direito de acesso das famílias às políticas de saúde, educação e assistência social, tendo o Poder Público a obrigatoriedade de assegurar a oferta desses serviços sociais básicos. Todas as contrapartidas do programa são direitos garantidos constitucionalmente, que possuem como princípio essencial a universalidade do acesso.

No que concerne às condicionalidades de saúde, assinala-se que elas tiveram origem no Programa Bolsa Alimentação o que explica sua forte relação com a questão da Segurança Alimentar e Nutricional. As outras condicionalidades de saúde referem-se a ações básicas como imunizações e o pré-natal de gestantes.

Para a efetividade do PBF é fundamental a conjugação de esforços da União, dos estados e dos municípios, onde cada ente possui responsabilidades e ações específicas. O quadro 5 sistematiza as atribuições de cada instância no que concerne às condicionalidades da saúde.

Quadro 5: Responsabilidades das Instâncias Governamentais no monitoramento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família

Instância Governamental	Responsabilidades
Ministério da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Designar a Secretaria de Atenção Básica da Saúde, como a área técnica responsável pela gestão federal do acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de saúde das famílias do PBF ; - Estabelecer as diretrizes técnicas e operacionais sobre o acompanhamento das famílias, no âmbito do setor saúde, e a sua divulgação aos estados e municípios; - Elaborar e manter em funcionamento os sistemas de informação para o acompanhamento das famílias; - Capacitar os responsáveis técnicos e gestores estaduais para o apoio aos municípios na implementação das ações de acompanhamento das famílias do PBF, no âmbito da saúde; - Analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias, gerados pelos municípios e encaminhá-los para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; - Disponibilizar os relatórios de acompanhamento das famílias, no âmbito da saúde, aos Estados, Distrito Federal, Municípios e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
Secretarias Estaduais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Indicar um responsável técnico - profissional de saúde para coordenar o acompanhamento das famílias, sendo recomendado um nutricionista; - Participar da instância de gestão intersetorial do Programa Bolsa Família; - Divulgar as normas sobre o acompanhamento das famílias aos municípios, em conformidade com as diretrizes técnicas e operacionais do Ministério da Saúde; - Apoiar, tecnicamente, os municípios na implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional, e nas ações básicas de saúde com vistas ao acompanhamento das famílias; - Coordenar e supervisionar, em âmbito estadual, a implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional, com vistas ao acompanhamento das famílias; - Analisar os dados consolidados de acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, gerados pelos municípios, visando constituir diagnóstico para subsidiar a política estadual de saúde e de segurança alimentar

	e nutricional;
Secretarias Municipais de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar um responsável técnico - profissional de saúde para coordenar o acompanhamento das famílias, sendo recomendado, preferencialmente, um nutricionista; - Prover as ações básicas de saúde e estimular as famílias para o cumprimento das condicionalidades; - Participar da coordenação intersetorial do Programa Bolsa Família; - Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional, que proverá as informações sobre o acompanhamento das famílias; - Coordenar o processo de inserção e atualização das informações de acompanhamento das famílias nos sistemas de informação; - Promover grupos educativos com temas sobre aleitamento materno e alimentação saudável; - Capacitar as equipes de saúde para o acompanhamento semestral de gestantes, nutrizes e crianças; - Informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastramento Único qualquer alteração identificada sobre os dados cadastrais das famílias beneficiadas

Fonte: Portaria Interministerial nº2.509 de 18 de novembro de 2004.

Chama-se a atenção para o destaque dado à questão da Segurança Alimentar e Nutricional dentre as atribuições dos estados e municípios. Além da relação com a trajetória prévia do Programa Bolsa Alimentação, cabe destacar que a nutrição adequada, especialmente nos primeiros anos de vida das crianças, é consoante com a ideia de garantia de capacidades humanas, o que pode ser um fator determinante no futuro dos indivíduos.

A base para o cumprimento das contrapartidas da saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS). As famílias beneficiárias são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) às quais estão vinculadas. Ressalta-se que para o acompanhamento e monitoramento das condicionalidades da saúde o PBF deveria contar com o apoio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que vem ampliando progressivamente o acesso da população mais carente aos serviços básicos de saúde.

Com o objetivo de intensificar o compromisso dos gestores do SUS com as condicionalidades de saúde, alguns indicadores relacionados ao acompanhamento das contrapartidas da saúde passaram a compor os documentos de gestão e articulação federativa do SUS, como Pacto pela Saúde,³⁹ Programa de

³⁹ O Pacto pela Saúde compreende: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão do SUS e o Pacto de Defesa do SUS. No Pacto pela Vida é estabelecido um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas entre os gestores municipais, estaduais e federais. Na prioridade Fortalecimento da Atenção Básica é estabelecido um percentual de acompanhamento das famílias do PBF pela Atenção Básica de 73%.

Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁴⁰ e Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).⁴¹ Para todos os indicadores monitorados, o governo federal pactuou uma meta nacional de 73% de acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com destaque para a regionalização das metas entre estados e municípios (Lima et al., 2014).

O período de acompanhamento das condicionalidades da saúde ocorre duas vezes ao ano. A primeira vigência é referente aos meses de janeiro a junho e a segunda aos meses de julho a dezembro. No início de cada vigência o Ministério da Saúde (MS), disponibiliza *online* a relação com todas as famílias beneficiárias com perfil saúde (aquelas constituídas por crianças menores de sete anos e mulheres para a identificação das gestantes) que devem ser acompanhadas por cada município. Por conseguinte, o município deve garantir que essas informações cheguem aos profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas de saúde. Existe uma classificação das famílias quanto à situação de acompanhamento que pode ser total ou parcial. Para que a família seja considerada como totalmente acompanhada é necessário que todos os membros sejam acompanhados pela saúde. Já o acompanhamento parcial ocorre quando pelo menos um membro da família foi acompanhado e pelo menos um não teve acompanhamento. As famílias não acompanhadas podem ser “não visitadas”, “não localizadas” ou “localizadas, porém não acompanhadas”. As famílias “não visitadas” correspondem ao número de famílias que não tiveram nenhuma informação registrada no sistema. As famílias “não localizadas” correspondem ao total de famílias que não foram localizadas pelo setor saúde, ou seja, ocorreu a realização da busca ativa pelos profissionais de saúde, mas por diversos motivos essas famílias não foram encontradas. As famílias “localizadas, porém não acompanhadas” representam o total de famílias que foram localizadas, mas que por alguma razão não foram acompanhadas pela saúde.

Ao encerrar cada vigência de acompanhamento da saúde, os registros feitos pelos profissionais das UBS no sistema de monitoramento são transmitidos ao MS. Por meio de suas diretorias o MS organiza as informações e encaminha a base consolidada para o MDS. O Departamento de Condicionalidades, ao receber a base consolidada, faz a apuração dos resultados para identificar as famílias em situação de descumprimento e iniciar o processo de repercussão no benefício (Ximenes; Agatte, 2011).

⁴⁰ O PMAQ foi instituído em 2011, e tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

⁴¹ O COAP é um acordo de compromisso que visa organizar e integrar as ações e serviços em uma região de saúde.

Para que as famílias não recebam nenhum tipo de suspensão ou advertência do programa (as mensagens de advertência aparecem nos extratos bancários das famílias) é necessário ter no mínimo um registro de acompanhamento a cada vigência. O que parece mais relevante neste processo da gestão das condicionalidades é a possível identificação das famílias que estão em descumprimento.

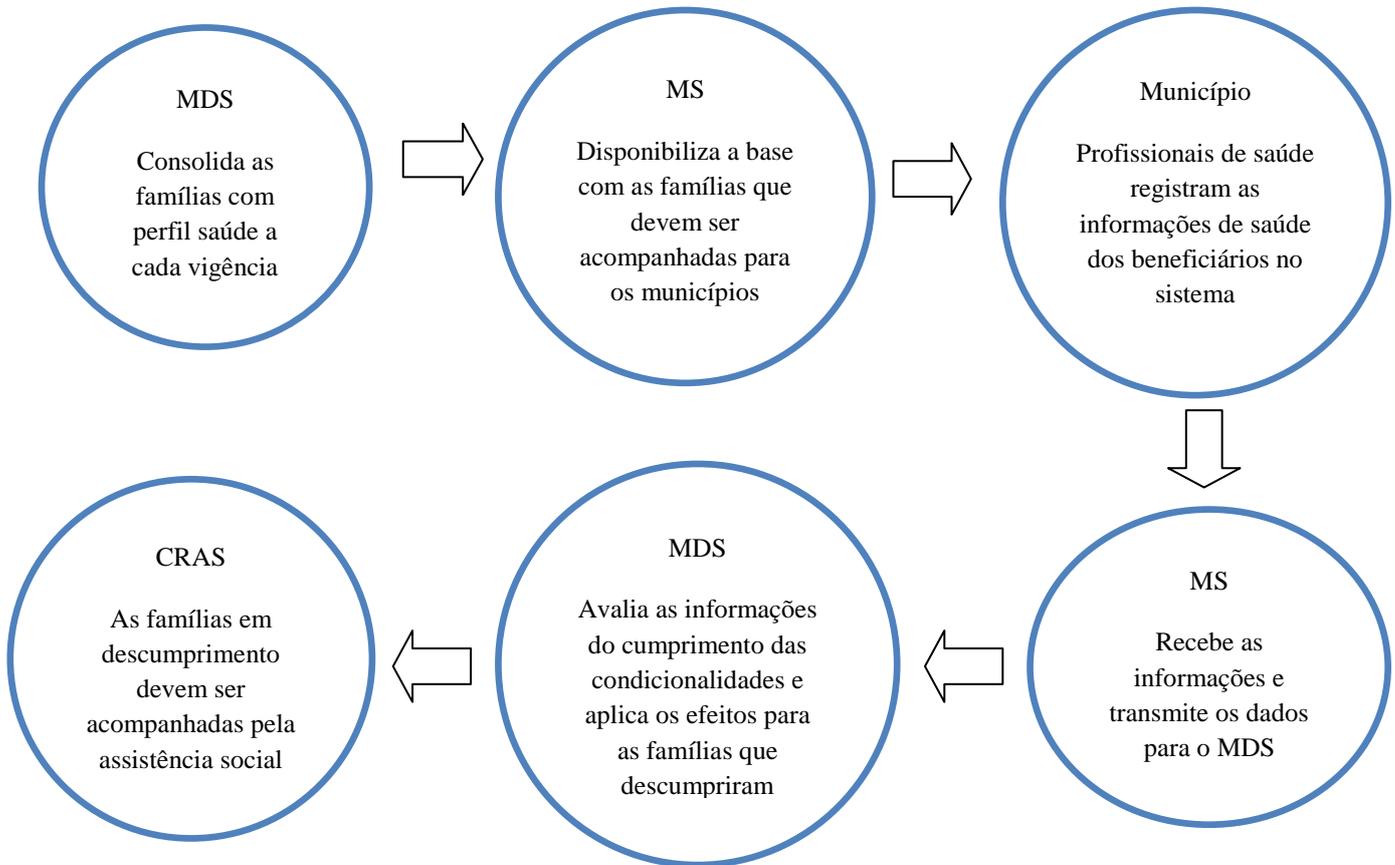
Um dispositivo fundamental no gerenciamento das condicionalidades é o Sistema de Condicionalidades do PBF (SICON). Esse sistema permite que gestores e técnicos responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades nos estados e municípios registrem recursos para os descumprimentos quando esses ocorrerem por erros, falhas ou problemas no sistema de proteção social. Dessa forma, as famílias não são penalizadas com uma repercussão indevida.

Para garantir a manutenção da renda, mesmo que a família continue a descumprir a condicionalidade, é necessário que a família seja acompanhada no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o registro desse acompanhamento seja feito no SICON, com interrupção dos efeitos sobre o descumprimento das condicionalidades. Essa ferramenta disponível no SICON possibilita ao gestor/ técnico municipal assegurar a renda de uma família em situação de vulnerabilidade e risco social quando ela estiver em acompanhamento pela área de assistência social (Ximenes; Agatte, 2011).

Como mencionado anteriormente, quando for comprovado que o cumprimento das condicionalidades foi prejudicado em razão de problemas relativos à oferta de serviços por parte dos municípios, a família não sofre prejuízo em relação ao benefício. Todavia, as famílias sem informação das condicionalidades poderão ter seus benefícios bloqueados, suspensos e/ou cancelados. Monnerat (2009) considera que podem ocorrer indevidas punições em razão da dificuldade dos municípios em manter as informações atualizadas devido à questionável capacidade institucional e gerencial de alguns entes federados.

Percebe-se que a operacionalização do acompanhamento das condicionalidades da saúde possui uma rotina complexa que não pode prescindir de uma articulação estreita entre a os diferentes ministérios e secretarias envolvidas no processo Além disso, é fundamental que haja o diálogo entre secretaria municipal e as unidades de saúde. A figura a seguir apresenta o fluxo de monitoramento das condicionalidades da saúde.

Figura 6: Fluxo de monitoramento das condicionalidades da saúde



Fonte: Elaboração própria, 2014.

Evidencia-se ao longo do processo de implementação do PBF um aumento no número de famílias acompanhadas pelo setor saúde. Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF pela saúde, em 2005, até a segunda vigência do ano de 2013, o número de famílias acompanhadas aumentou de forma expressiva, tendo sido acompanhadas 1,7 milhões de famílias em 2005 e 8,6 milhões em 2013. Apesar do expressivo aumento, a meta nacional de acompanhamento só foi alcançada a partir da segunda vigência de 2012 (73%) (Lima et al., 2014).

Constata-se que o acompanhamento das condicionalidades tem evoluído a cada vigência, o que pode ser decorrente do maior acesso das famílias beneficiárias aos serviços de saúde. Também são observados progressos importantes nas ações que compõem as condicionalidades de saúde. Das crianças acompanhadas na segunda vigência de 2012, cerca de 99,2% encontravam-se com calendário de vacinação em dia, e 81% tiveram estado nutricional avaliado. Das gestantes localizadas e acompanhadas pelas equipes de saúde, cerca de 99% estavam com pré-natal em dia, e 80% receberam avaliação do estado nutricional. (Magalhães Júnior; Jaime; Lima, 2014).

Um dos fatores que pode explicar os bons resultados alcançados pelo programa, a partir das ações preconizadas pelas condicionalidades da saúde, é a ampliação de acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias beneficiárias. A ampliação do acesso pode estar associada à expansão da Estratégia de Saúde da Família, já que esta é a principal porta de entrada da população ao SUS, sobretudo para a população mais carente.

Todavia, a expansão da Estratégia de Saúde da Família não garante o acesso desse segmento social aos níveis mais complexos de atenção à saúde. O acesso tem sido ampliado por meio da Atenção Básica, mediante algumas ações específicas (imunizações, controle do crescimento e desenvolvimento e acompanhamento do pré-natal) que resolvem somente parte dos problemas de saúde, o que não proporciona atenção integral a todas as necessidades de saúde (Fonseca; Viana, 2007).

Um estudo realizado por Oliveira et al., (2013) identifica que os escolares pertencentes ao programa são os que apresentam maior prevalência de cárie e os que menos utilizam os serviços odontológicos quando comparados aos demais alunos de escolas particulares e públicas não beneficiários. Dessa forma, ampliar o acesso pela Atenção Básica e limitar as ações de saúde apenas para as condicionalidades pode resultar em efeitos contrários aos desejados e esperados pelo programa

Outro aspecto que corrobora a insuficiência de ações integrais pelo SUS é o fato das famílias eventualmente destinarem parte da renda originária do PBF para aquisição de medicamentos e realização de exames complementares de diagnóstico e terapia. Percebe-se então, que a renda originária do Bolsa Família pode significar, em muitos casos, acesso à assistência médica (por meio de pagamento direto), sendo utilizada para suprir insuficiências do próprio sistema de saúde (Cohn, 2012).

Todas essas questões trazem para o centro do debate a questão sobre a exigência das condicionalidades da saúde. Diante dos problemas que o sistema de organização de saúde apresenta e dos limites impostos à população quando precisa utilizá-lo, as condicionalidades podem ter efetividade limitada, dificultando o alcance dos seus objetivos.

A análise acerca das condicionalidades do programa traz consigo uma intensa discussão teórica que abarca argumentos favoráveis e contrários a sua existência. Alguns autores são contrários às contrapartidas sob alegação de que estas ferem o direito incondicional de cidadania (considerando o benefício monetário um direito social e que por isso deveria ter caráter incondicional) (Monnerat et al., 2007; Senna et al., 2007).

Em contraposição, estão aqueles que são favoráveis as condicionalidades. Um dos argumentos, que inclusive está nos documentos oficiais, é que as condicionalidades têm

potencial para favorecer o acesso de camadas mais pobres da população aos serviços sociais, o que por sua vez favorece a autonomia das famílias e a superação do ciclo intergeracional da pobreza. Além disso, as condicionalidades seriam favoráveis para expandir e melhorar os serviços públicos de saúde por parte do Estado (Monnerat et al., 2007). Para este último argumento a autora propõe uma reflexão sobre a capacidade (qualitativa e quantitativa), que de fato, os serviços de saúde teriam para absorver o aumento da demanda ocasionado pelas famílias do programa.

Contudo, sabe-se que a universalidade do acesso aos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é prevista constitucionalmente. Nesse sentido, a população beneficiária do PBF, em tese, já deveria ser abarcada pelas ações de saúde ofertada por tal sistema, o que não deveria justificar o aumento da demanda mencionado acima.

Outro argumento que defende a existência das contrapartidas refere-se às questões de juízo de valor. As condicionalidades, em parte, respondem às demandas de uma parcela da população que julga que ninguém pode receber um benefício monetário do Estado (especialmente os pobres) sem dar algo em troca, o que fortalece a sua permanência no desenho do programa. Evidencia-se também que a ausência de condicionalidades poderia enfraquecer o apoio da sociedade e a legitimidade do programa (Medeiros; Britto; Soares, 2007).

Partindo-se do princípio que as ações englobadas pelas condicionalidades da saúde são extremamente básicas (imunização, acompanhamento nutricional e realização do pré-natal), é importante propor uma reflexão acerca da real necessidade dessas contrapartidas. Por exemplo, sabe-se que o Programa Nacional de Imunização no Brasil, historicamente, é um dos mais bem sucedidos no campo da saúde. Nesse sentido, é válido problematizar se condicionar o beneficiário a esse cumprimento proporciona real impacto no aumento da cobertura vacinal para essas famílias. Além de serem questões básicas, o sistema de saúde brasileiro prevê a saúde como um direito, devendo garantir a universalidade do acesso a toda a população, sem distinção. Portanto, em tese, mesmo considerando as complexidades de organização deste sistema e as desigualdades regionais do Brasil em termos de acesso e utilização dos serviços, todas essas ações já são (ou deveriam ser) ofertadas a nossa população.

Na América Latina, o Brasil é o único país que possui um sistema de saúde de desenho universal, baseado no princípio de saúde como direito e, ao mesmo tempo, um programa de transferência condicionada de renda (Cuba possui um sistema universal, porém ainda não há registro da existência tais programas). Nos outros países que possuem programas

de transferência condicionada de renda, mas não há o acesso universal à saúde, a titularidade dos direitos é transitória, na medida em que deriva da condição de pobreza e do vínculo com o programa de transferência de renda (Fonseca; Viana, 2007).

No caso brasileiro, considerando que a saúde é reconhecida como direito de cidadania, o que parece mais relevante é compreender que tipo de cuidado e ações de saúde estão sendo ofertadas à população e solucionar os problemas de acesso ao SUS que são enfrentados pela população mais pobre.

Numa linha convergente, Estrella e Ribeiro (2008) questionam o desenho das condicionalidades estabelecidas. Para os autores, o foco das condicionalidades deveria se voltar mais para a qualidade dos serviços públicos de saúde e educação prestados do que na sua existência, visto que todas as contrapartidas exigidas pelo programa já estão universalizadas.

A operacionalização e a análise das condicionalidades da saúde vis a vis às da educação sugere que processo de gestão das contrapartidas da saúde é mais complexo. Na educação as crianças e os adolescentes devem ir à escola a qual estão matriculados onde a frequência deve ser monitorada, pois é um requisito para obtenção da aprovação. O monitoramento da frequência escolar está previsto pela lei que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional,⁴² ficando a cargo da escola, seja esta pública ou privada. Dessa forma, percebe-se que além da criança ir à escola a qual está matriculada, o controle da frequência escolar já era posto para o sistema educacional, bem antes do PBF, o que favorece sua operacionalização. Na saúde, apesar de existir a vinculação da família a uma determinada unidade básica de saúde, essa é livre para procurar o local em que foi melhor atendida, por exemplo. Além disso, o registro do acompanhamento dos beneficiários foi algo novo que surgiu com o estabelecimento do programa, diferentemente da educação.

Os dados nacionais de acompanhamento comprovam que a maior dificuldade realmente está na área da saúde, visto que a educação historicamente possui melhor acompanhamento das suas contrapartidas. Seguindo essa tendência na segunda vigência de 2013, a educação alcançou um percentual de acompanhamento de 94% contra 73% da saúde. Em relação às regiões, a Sudeste situa-se abaixo da média nacional possuindo o segundo pior acompanhamento (69%). A tabela 1 demonstra os dados de acompanhamento das condicionalidades da saúde e da educação, por região.

⁴² Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.

Tabela 1: Acompanhamento das condicionalidades da educação e da saúde por região.

Região	Quantidade de famílias beneficiárias	Vigência novembro de 2013*	Vigência dezembro de 2013
		Crianças e adolescentes de 6 a 15 anos acompanhados nas condicionalidades da educação (%)	Famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde (%)
Brasil	13.983.099	94	73
Nordeste	7.124.331	94	76
Norte	1.685.094	93	74
Sul	979.797	95	72
Sudeste	3.438.305	94	69
Centro-oeste	755.572	92	68

Fonte: : Secretaria de Gestão da Avaliação e Gestão da Informação. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/> acesso em 10 de outubro de 2014.

*O fechamento da vigência das condicionalidades da educação ocorre por bimestre; a tabela apresenta o quinto bimestre do ano (mês de novembro), já que dezembro corresponde às férias escolares. Na saúde, o fechamento da segunda vigência corresponde ao mês de dezembro.

Apesar do acompanhamento das contrapartidas da saúde apresentar, em 2013, pouca variação entre as regiões, é importante salientar que a região Nordeste sempre apresentou em elevado acompanhamento das condicionalidades, enquanto as demais regiões aumentaram paulatinamente. Esta diferença possivelmente reside no fato da região Nordeste ter sido a pioneira na expansão do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), o que facilitou o acompanhamento pela saúde por meio das visitas domiciliares.

Em suma, considera-se que, uma vez exigidas condicionalidades, é necessário construir mecanismos consistentes de acompanhamento das famílias do programa, procurando transformar a obrigação em possibilidade de acesso aos serviços e de inserção na sociedade. Pode-se assegurar que a presença de contrapartidas somente é válida quando entendida e implementada como estratégia de ampliação das ações sociais que propiciem a quebra do

ciclo intergeracional da pobreza (Monnerat et al., 2007).

Capítulo 3 - Metodologia

Neste capítulo é apresentado primeiramente o desenho do estudo, justificando a escolha do método. Posteriormente são apresentadas as cinco dimensões e componentes/variáveis de análise estabelecidas no estudo. No item seguinte é demonstrado o cenário de pesquisa, descrevendo-se as principais características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas do local em que se realizará o estudo de caso. Por fim, são apresentadas as estratégias metodológicas utilizadas na pesquisa.

3.1 Desenho do Estudo

A pesquisa é um estudo de caso exploratório e predominantemente qualitativo, consistindo na análise da gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, no município do Rio de Janeiro, particularmente na Área de Planejamento de Saúde 3.1.

A pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender a lógica interna de atores, grupos e instituições. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, da história, das crenças, das representações, das opiniões e percepções, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de documentos e discurso (Minayo, 2013).

Já o estudo de caso busca compreender fenômenos sociais complexos, preservando as características gerais e significativas dos eventos da vida real. Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando a pesquisa visa analisar fenômenos contemporâneos inseridos em um contexto real. Utilizam-se para isso, além das muitas técnicas adotadas nas pesquisas históricas, fontes de evidências, como observação direta e série sistemática de entrevistas (Yin, 2001).

Nesta pesquisa, o estudo de caso justifica-se pela relevância de estudos de políticas sociais descentralizadas, que procurem analisar as complexas relações entre o desenho de programas nacionais e sua operacionalização em contextos locais específicos. Para captar as especificidades da gestão das condicionalidades da saúde de um programa descentralizado, como o PBF, é fundamental compreender o contexto local no qual as práticas governamentais

e ações sociais são desenvolvidas. Nesta direção, busca-se aqui caracterizar o perfil sócio-econômico, demográfico e epidemiológico do município do Rio de Janeiro e da Área de Planejamento (AP) 3.1, local em que foi realizado o estudo.

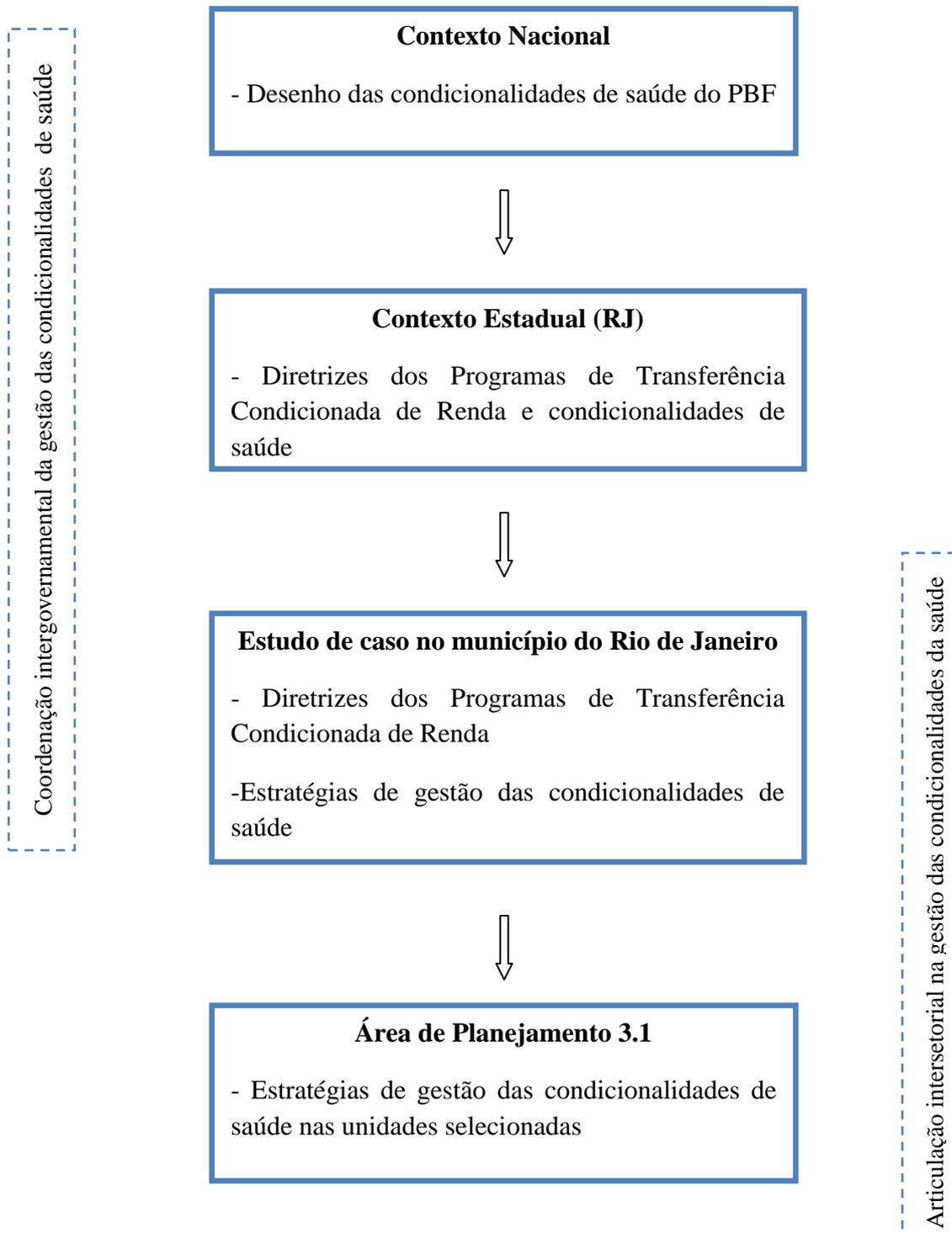
A escolha do município do Rio de Janeiro se deve ao fato de ser o local de residência da autora, onde esta também teve uma inserção profissional na área da saúde. Além disso, no estado do Rio, o referido município, é o que possui o maior número de beneficiários do programa, detém uma ampla rede de serviços de saúde e de assistência social, possuindo também um grande número de serviços públicos ligados às diferentes esferas de governo. Devido a esses fatores e por toda sua história pode-se dizer que o município do Rio apresenta uma forte atuação dentro de um estado relativamente frágil, o que é interessante para a análise das relações federativas.

Assim, em que pese a opção por um estudo de caso municipal, dada a relevância dos aspectos federativos em tal município e o interesse da pesquisa pela coordenação intergovernamental e articulação intersetorial do programa, o estudo também envolveu a análise de documentos e entrevistas com atores de outras esferas do governo (dirigentes federais e estaduais), além dos municipais como será detalhado adiante.

Optou-se na delimitação de uma Área de Planejamento para buscar o aprofundamento de questões importantes para a pesquisa. A escolha da AP 3.1 se deve ao fato de ser uma área populosa e que apresenta o maior número de beneficiários do programa, quando comparada às demais áreas de planejamento do município do Rio, além de apresentar altos índices de pobreza e vulnerabilidade social, características importantes tendo em vista o recorte do objeto. A referida região também possui um número expressivo de centros de assistência social e serviços de saúde, de diferentes tipos.

A figura 7 resume o desenho do estudo.

Figura 7: Sistematização do desenho do estudo



Fonte: Elaboração própria, 2014.

3.2 Dimensões e componentes/ variáveis de análise

Foram definidas as seguintes dimensões de análise para o estudo: desenho das condicionalidades de saúde do PBF, estratégias de gestão das condicionalidades de saúde do PBF, coordenação intergovernamental na gestão das condicionalidades de saúde, gestão intersetorial das condicionalidades de saúde e visão dos atores sobre os programas de transferência de renda e as condicionalidades da saúde.

A primeira dimensão “**desenho das condicionalidades de saúde do PBF**” se relaciona aos fundamentos e diretrizes relativos às condicionalidades da saúde existentes na política nacional do PBF. Buscou-se identificar os propósitos das condicionalidades de saúde na política nacional, com base na literatura internacional, nacional e nos documentos oficiais, a fim de compreender qual o sentido das condicionalidades de saúde no contexto do sistema de saúde existente no Brasil. Acredita-se que essa é uma questão central ao se discutir o tema, possibilitando refletir e problematizar a existência das condicionalidades de saúde no PBF, bem como suas eventuais implicações para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A dimensão “**estratégias de gestão das condicionalidades de saúde do PBF**” refere-se aos mecanismos, fluxos e instrumentos de gestão das condicionalidades de saúde do PBF. Pretendeu-se compreender como ocorre o gerenciamento das condicionalidades da saúde, considerando a proposta presente nos documentos oficiais das diferentes esferas de governo e sua operacionalização em um caso concreto (o município do Rio de Janeiro).

A partir da definição legal, o PBF constitui uma política intersetorial de cooperação federativa com execução descentralizada.⁴³ Além desse aspecto, os estados e municípios podem ter programas próprios de transferência condicionada de renda (com condicionalidades locais) integrados ao PBF. Dessa forma, a “**coordenação intergovernamental na gestão das condicionalidades de saúde do PBF**” constitui a terceira dimensão de análise desta pesquisa. O arranjo federativo brasileiro possibilita compartilhar a responsabilidade do poder público no enfrentamento da questão social. Segundo Abrucio (2005) o entrelaçamento dos níveis de governo é a regra básica na produção e gerenciamento de programas públicos, especialmente na área das políticas sociais. Para essa dimensão foram analisadas as relações intergovernamentais, a distribuição de responsabilidades e as formas de coordenação das ações entre os entes federados no que diz respeito à gestão das condicionalidades de saúde.

⁴³ Artigo 8º da Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

Além da cooperação federativa, o desenho operacional do PBF, tem como elo essencial a intersetorialidade, pois as condicionalidades existentes no programa exigem, no mínimo, articulação intersetorial entre as áreas de educação, saúde e assistência social nos três níveis federativos. Nesse sentido, definiu-se a dimensão intitulada “**gestão intersetorial das condicionalidades de saúde do PBF**”, como a quarta dimensão de análise deste estudo. Tal dimensão refere-se às formas e mecanismos de relacionamento entre as áreas de assistência social e saúde, dado que ambas estão envolvidas na gestão das condicionalidades de saúde. Em geral, compreende-se que ações intersetoriais podem minimizar a fragmentação que ocorre na operacionalização das políticas sociais, proporcionando maior capacidade de gestão e efetividade de resultados. Para Junqueira (1998) o atendimento de cada política social não deve ser feito de maneira isolada, enfrentando os problemas apenas da sua ótica, pois isso enfraquece a sua capacidade de resolução. A possibilidade de superar essa dicotomia é a interação entre as diversas ações setoriais, constituindo o que se denomina intersetorialidade.

A última dimensão “**visão dos atores sobre os Programas de Transferência de Renda e as condicionalidades da saúde**” refere-se à compreensão e à opinião que os gestores (federais, estaduais e municipais) e os profissionais envolvidos têm sobre os programas, especialmente sobre suas condicionalidades de saúde. Partindo do pressuposto que a compreensão e a opinião dos profissionais que atuam diretamente com o objeto da pesquisa pode ser um aspecto importante para a gestão e operacionalização das condicionalidades da saúde definiu-se tal dimensão para o estudo.

O quadro que apresenta as dimensões de análise, componentes/variáveis e as fontes/estratégias metodológicas, está detalhado no final deste capítulo.

3.3 Cenário de Estudo

Breve caracterização do Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro permaneceu como capital nacional desde a época do Império até 1960 quando, após a transferência da capital para Brasília transformou-se em estado da Guanabara. Em 1975 ocorreu a fusão do então estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro. É importante registrar esse percurso histórico, pois a junção de dois estados com origens distintas marca novas relações intergovernamentais com conseqüências que ainda hoje estão presentes, impondo importantes desafios ao SUS (Parada, 2001).

O município do Rio de Janeiro, atual capital do estado do Rio de Janeiro, tem aproximadamente uma área de 1.200,278 Km². Apresenta uma população de 6.429.923 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2013, sendo o município mais populoso do estado do Rio de Janeiro. Em função disto, apresenta elevada densidade demográfica com 5.265,82 habitantes por quilômetro quadrado. Toda a população do município vive em área urbanizada.

O estado do Rio de Janeiro apresenta a menor razão de sexo entre os estados brasileiros: 91,2 homens para cada 100 mulheres.⁴⁴ No município essa proporção é menor ainda: 88,07 homens para cada 100 mulheres, ocupando a terceira posição, ficando atrás dos municípios de Niterói e Nilópolis que apresentam respectivamente 86,29 e 87,97 homens para cada 100 mulheres.

A participação dos grupos etários na população do município do Rio de Janeiro assemelha-se à nacional, em que se observa a diminuição da proporção de jovens e o aumento de idosos, ocasionando o alargamento do topo da pirâmide etária. A maior parte da população encontra-se entre os 15 e 64 anos de idade (70,13%), seguida da população de 0 e 14 anos de idade (19,40%) e por último a faixa etária de pessoas com mais de 65 anos de idade (10,47%). A tabela 2 resume as principais características demográficas do município do Rio de Janeiro.

Tabela 2: Características demográficas do município do Rio de Janeiro (RJ) - 2010

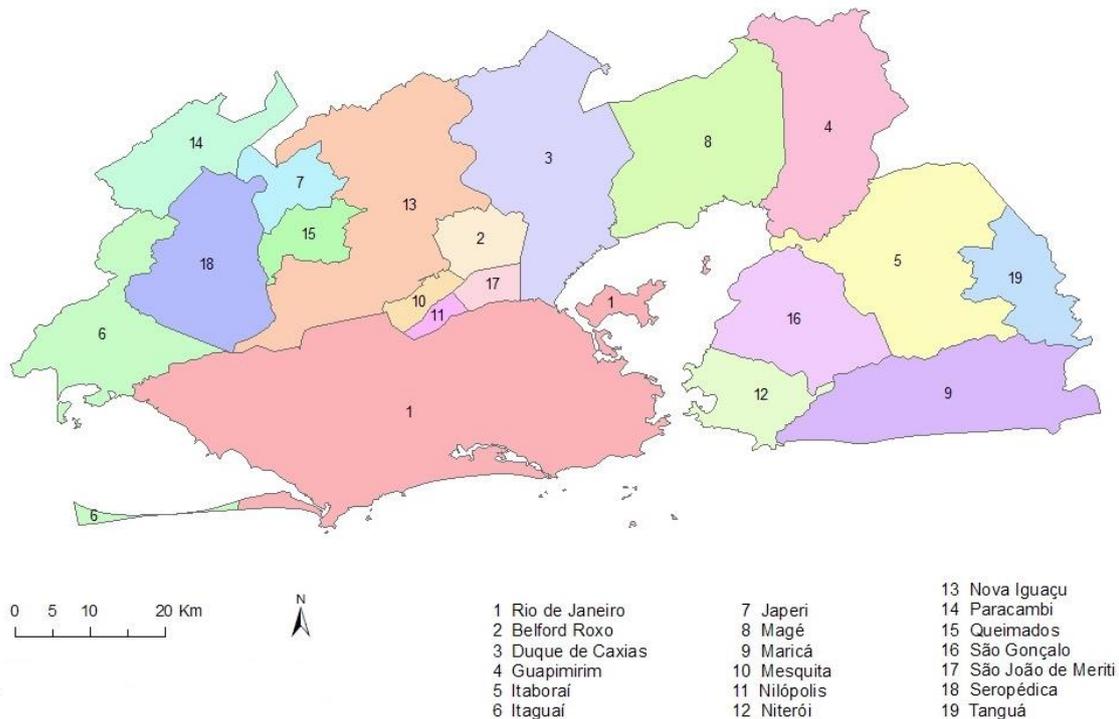
Variáveis	Valores
Área da unidade territorial (Km ²)	1.200,278
População total (2010)	6.320.446
População estimada (para 2013)	6.429.923
Densidade demográfica (hab/Km ²)	5.265,82
População residente – homens (nº)	2.959.817
População residente – mulheres (nº)	3.360.629
Participação do grupo etário 0-14 anos na população (%)	19,40
Participação do grupo etário 15- 64 anos na população (%)	70,13
Participação do grupo etário 65 anos ou mais na população (%)	10,47

Fonte: IBGE. Censo demográfico 2010.

⁴⁴ Segundo o Censo Demográfico de 2010, há no Brasil uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres. Com este resultado, acentuou-se a tendência histórica de predominância feminina na população do Brasil, já que em 2000 o indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres.

O Rio de Janeiro, juntamente com mais 18 municípios, forma a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ),⁴⁵ conhecida também como grande Rio, que conta com aproximadamente 11.835.708 habitantes. O município do Rio de Janeiro compreende 53% da população da região metropolitana (IPEA, 2012). A figura 8 demonstra a divisão territorial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

Figura 8: Mapa da divisão territorial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo seus municípios



Fonte: WWW.baixarmapas.via12.com. – Elaborado a partir da base cartográfica do IBGE.

A RMRJ tem participação expressiva na economia estadual sendo responsável por 71% do Produto Interno Bruto (PIB) do estado. De igual modo, o município do Rio de Janeiro, também possuiu grande participação no PIB, sendo responsável, no ano de 2009, por aproximadamente 69% do PIB da RMRJ e 50% do PIB do Estado (IPEA, 2012). Apesar de liderar o ranking de participação no PIB, entre todos os municípios do estado, o município do

⁴⁵ A Região Metropolitana do Rio de Janeiro foi constituída pela lei Lei Complementar Federal nº 20, de 1º de julho de 1974, que fundiu os Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. Os municípios que integram a região metropolitana do Rio de Janeiro são: Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica, Tanguá e Itaguaí (Lei complementar nº 133, de 15 de dezembro de 2009).

Rio de Janeiro apresentou uma perda na participação entre os anos de 2010 (46,7%) e 2012 (45,3%). A perda de participação refletiu, em parte, o desempenho relativamente inferior da capital em relação aos municípios produtores de petróleo (CEPERJ, 2013). Com relação à participação das capitais na economia brasileira, em 2010, o município do Rio de Janeiro ocupava a segunda posição em termos de contribuição ao PIB do país, ficando atrás apenas do município de São Paulo (IBGE, 2012).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)⁴⁶ observa-se na tabela 3, que nos anos 1991, 2000 e 2010 o município sempre alcançou um IDHM mais elevado que o IDHM estadual e nacional. Destaca-se que no ano de 2000 e 2010 o município alcançou a faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,7 e 0,799).⁴⁷ Vale ressaltar que a classificação do IDHM do Brasil mudou de Muito Baixo (0,493) em 1991 para Alto Desenvolvimento Humano (0,727) em 2010.

Tabela 3: Índice de Desenvolvimento Humano no município e estado do Rio de Janeiro, nos anos 1991, 2000 e 2010

Locais	IDHM		
	1991	2000	2010
Município do Rio de Janeiro	0,639	0,716	0,799
Estado do Rio de Janeiro	0,573	0,664	0,761
Brasil	0,493	0,612	0,727

Fonte: PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2014a.

Ainda sobre o IDHM, o Rio de Janeiro ocupava a 45ª posição, em 2010, entre os 5.565 municípios do Brasil. Em relação aos 91 outros municípios do estado, o município do Rio de Janeiro, apresenta o segundo melhor IDH-M do estado (0,799), ficando atrás apenas do município de Niterói (0,837). Já entre as unidades da federação, o estado Rio de Janeiro ocupava a quarta posição, tanto em 2000 quanto em 2010. A tabela 4 demonstra o ranking do IDHM nos anos 1991, 2000 e 2010.

⁴⁶ O IDHM compreende os indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda (PNUD, 2013).

⁴⁷ As faixas de Desenvolvimento Humano Municipal não seguem as faixas do IDH Global. Elas foram adaptadas para contextualizar melhor a realidade brasileira. O IDHM possui em cinco faixas de Desenvolvimento Humano Municipal: muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto. A faixa “**Muito Baixo**” do IDHM corresponde ao valor entre 0 – 0,499; a faixa “**Baixo**” do IDHM corresponde ao valor 0,500 – 0,599; o “**Médio**” IDHM fica entre 0,600 -0,699; o “**Alto**” IDHM compreende a faixa 0,700 -0,799 e por último a faixa “**Muito Alto**” do IDHM corresponde ao valor entre 0,800 e 1 (PNUD, 2013).

Tabela 4: Ranking do Índice de Desenvolvimento Municipal nos anos 1991, 2000 e 2010

Locais	Ranking IDHM		
	1991	2000	2010
Município do Rio de Janeiro em relação os municípios brasileiros	9°	63°	45°
Município do Rio de Janeiro em relação aos municípios do estado RJ	2°	2°	2°
Estado do Rio de Janeiro em relação aos estados brasileiros	3°	4°	4°

Fonte: PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2014a

No que concerne aos dados epidemiológicos, observa-se que no ano de 2012, a primeira causa de morte no Município foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos óbitos decorrentes de neoplasias e causas externas. Nesse mesmo ano, entre os óbitos relacionados com as causas externas, 72% ocorreram na população masculina. Chama atenção a morte prematura decorrente dessa causa, onde 41% dos óbitos (para ambos os sexos) ocorreram na faixa etária compreendida entre 15 e 39 anos de idade. A tabela 5 demonstra os valores absolutos e o percentual dos óbitos mais frequentes da cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 5: Óbitos mais frequentes, por sexo, segundo a causa CID-10 do Município do Rio de Janeiro no ano 2012

Causas dos óbitos segundo a CID-10	Nº absoluto total	Distribuição % por sexo	
		Masculino	Feminino
Doenças do aparelho circulatório	14750	47,9	52,1
Neoplasias	9181	47,5	52,5
Causas externas de morbidade e mortalidade	4077	72,0	28,0

Fonte: Rede de Saúde, Portal Geo Rio. 2014

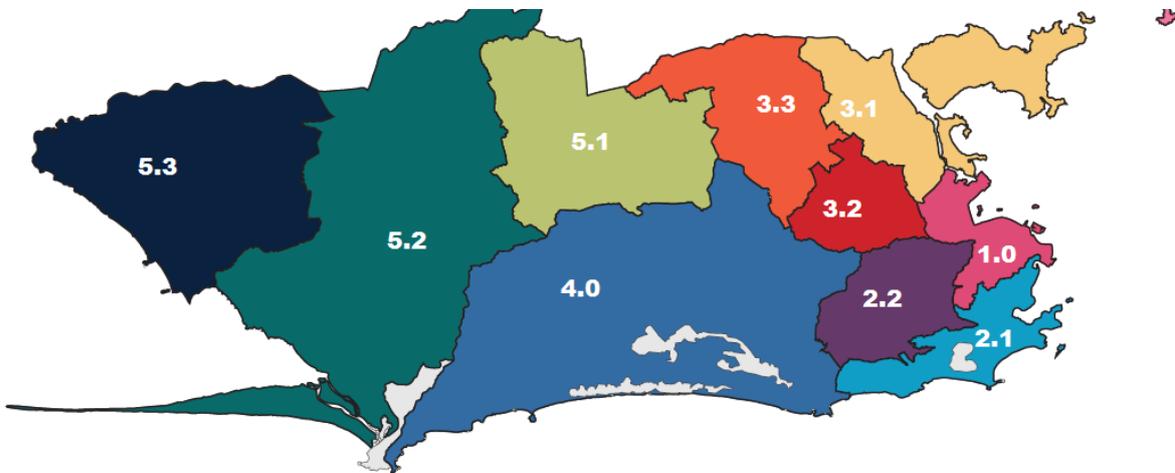
Em relação à mortalidade infantil, o Município do Rio superou a meta presente nos objetivos do Milênio (17,9 óbitos por mil), pois obteve a redução de 40% na mortalidade infantil entre os anos 2000 e 2010, passando de 21,8 por mil nascidos para 13,0 por mil nascidos respectivamente ⁴⁸ (PNUD, 2014b).

⁴⁸ A redução da mortalidade infantil está entre os oito objetivos do desenvolvimento do milênio das Nações Unidas para 2015. Os demais objetivos do milênio são: redução da pobreza, atingir o ensino básico universal, igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, melhorar a saúde materna, combater o HIV/AIDS, malária e

Breve caracterização da Área de Planejamento 3.1

A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 áreas programáticas da saúde como pode ser observado na figura 9. O trabalho de campo foi realizado, principalmente, na Área de Planejamento 3.1 (AP 3.1) do município, que está situada geograficamente entre a Baía de Guanabara e a Serra da Misericórdia, abrangendo uma área continental e duas Ilhas, a do Governador e a do Fundão.

Figura 9: Divisão territorial do Município do Rio de Janeiro nas 10 Áreas Programáticas da Saúde



Fonte: CEMAPS –RJ. Cadernos de estatísticas e mapas da atenção primária do município do Rio de Janeiro, 2013

A Área de Planejamento de Saúde 3.1 tem aproximadamente 85,36 Km². Segundo o Censo Demográfico de 2010 apresenta como população total 886.551 pessoas. Entre todas as áreas programáticas do município, é a quinta em extensão territorial e a terceira mais populosa, compreendendo 14% da população do total da cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, possui uma elevada densidade demográfica de aproximadamente 10.386,02 habitantes por quilômetro quadrado.

Em relação ao quantitativo da população, por sexo, observa-se a mesma tendência do Brasil e da cidade do Rio, onde a população do sexo feminino é superior a do sexo masculino. A participação dos grupos etários na população também se assemelha à nacional e à

outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (PNUD, 2014a).

municipal. Ocorre a predominância do grupo etário situado entre os 15 e 64 anos de idade, seguido do grupo etário entre 0 e 14 anos de idade e, por último, a população com mais de 65 anos de idade. A tabela 6 sintetiza as características demográficas da Área de Planejamento 3.1.

Tabela 6: Características demográficas da Área de Planejamento de Saúde 3.1-2014

Variáveis	Valores
Área da unidade territorial (Km ²)	85,36
População total (2010)	886.551
Densidade demográfica (hab/Km ²)	10.386,02
População residente – homens (nº)	422.277
População residente – mulheres (nº)	464.274
Participação do grupo etário 0-14 anos na população (%)	20,8
Participação do grupo etário 15- 64 anos na população (%)	70,0
Participação do grupo etário 65 anos ou mais na população (%)	9,2

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de dados, 2014

A AP 3.1 compreende 28 bairros: Maré, Complexo do Alemão, Ramos, Mangueiros e Bonsucesso (Subsistema Leopoldina Sul); Penha, Brás de Pina, Olaria, Penha Circular, Cordovil, Vigário Geral, Jardim América e Parada de Lucas (Subsistema Leopoldina Norte); Jardim Guanabara, Tauá, Jardim Carioca, Portuguesa, Galeão, Freguesia-Ilha, Bancários, Pitangueiras, Cacua, Monero, Praia da Bandeira, Cocotá, Ribeira, Zumbi e Cidade Universitária (Subsistema Ilha do Governador).

Vale destacar que existe grande diversidade entre os bairros. Alguns bairros da Área de Planejamento 3.1 apresentam um baixo IDHM, situando-se entre os últimos lugares no ranking municipal. Segundo dados do Instituto Pereira Passos, no ano de 2000, o Complexo do Alemão se encontrava na última colocação entre os 126 bairros do município, com um IDHM de 0,711. Entretanto, o bairro Jardim Guanabara ocupava a terceira posição, ficando atrás apenas de bairros como Gávea e Leblon. A tabela 7 demonstra os valores do IDHM, em todos os bairros da Área de Planejamento 3.1.

Tabela 7: Índice de Desenvolvimento Humano, por ordem de IDH, segundo os bairros da AP 3.1- 2000.

Bairros	IDHM	Ranking segundo o IDHM no município do Rio
Jardim Guanabara	0,963	3
Moneró, Portuguesa	0,904	25
Bonsucesso	0,861	40
Cocotá, Bancários	0,861	41
Ribeira, Cacuia	0,859	43
Zumbi, Pitangueiras, Praia da Bandeira	0,858	46
Ramos	0,857	47
Olaria	0,853	52
Jardim América	0,839	58
Freguesia	0,839	60
Jardim Carioca	0,836	61
Brás de Pina	0,835	63
Penha Circular	0,826	72
Tauá	0,817	76
Penha	0,804	87
Cordovil	0,791	98
Galeão, Cidade Universitária	0,778	102
Vigário Geral	0,763	107
Parada de Lucas	0,745	117
Manguinhos	0,726	122
Maré	0,722	123
Complexo do Alemão	0,711	126

Fonte: Instituto Pereira Passos. Armazém de dados, 2014.

Em função do recorte do objeto é importante analisar algumas dimensões da vulnerabilidade que caracterizam a referida região. Um indicador importante é o quantitativo de pessoas analfabetas. A Área de Planejamento 3.1 apresentava, segundo o Censo Demográfico de 2010, 60.031 pessoas analfabetas (o maior número entre as Áreas Programáticas do município). Os bairros, dessa região, que apresentam o maior quantitativo de pessoas analfabetas são: Complexo do Alemão, Maré e Manguinhos. Outro indicador

importante é o percentual de mães solteiras. A região administrativa do Complexo do Alemão é segunda região do município com o maior percentual de mães solteiras (13,8) ficando atrás apenas da região administrativa da Cidade de Deus (14,4) (IBGE, 2010).

Nesta direção, outra característica que pode manter estreita relação com os dados acima é que, entre as dez maiores favelas da cidade em número de habitantes, três estão na Área de Planejamento 3.1: Complexo da Maré, Complexo do Alemão e Complexo da Penha. Além dessas, também se destacam como favelas populosas os conjuntos de Manguinhos em Ramos e o Morro do Dendê na Ilha do Governador (Cavalliere; Vial, 2012).

Em relação aos equipamentos sociais, a AP 3.1 dispõe de 30 unidades de Atenção Básica, sendo 22 unidades do tipo A, 05 unidades do tipo B, 01 unidade do tipo C e duas Policlínicas.⁴⁹ A região possui também 6 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).⁵⁰ As tabelas 8 e 9 demonstram as unidades de Atenção Básica e os Centros de Referência de Assistência Social situadas nessa região, respectivamente.

Tabela 8: Unidades Básicas de Saúde da AP 3.1, segundo tipos de unidade e bairros de localização-2014

Tipos de Unidade	Unidades Básicas de Saúde	Bairro
A	CF Aloysio Augusto Novis	Penha Circular
	CF Assis Valente	Ilha do Governador
	CF Augusto Boal	Complexo da Maré
	CF Felipe Cardoso	Penha
	CF Heitor dos Prazeres	Brás de Pina
	CF Joãozinho Trinta	Vigário Geral
	CF Maria Sebastiana de Oliveira	Ilha do Governador
	CF Rodrigo Yamawaki Aguilier Roig	Complexo do Alemão
	CF Victor Valla	Manguinhos
	CF Zilda Arns	Complexo do Alemão
	CSE Manguinhos	Manguinhos

⁴⁹ As unidades da Atenção Básica do município são classificadas em: **Unidades tipo A** onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; **Unidades Mistas ou tipo B** onde somente parte do território é coberto pelo Saúde da Família e **Unidades tipo C** onde ainda não há equipe de Saúde da Família, mas com território de referência bem definido (Secretaria Municipal de Saúde, 2011).

⁵⁰ Na proteção social básica, a unidade pública estatal de referência para a organização e a oferta dos seus serviços é o centro de referência de assistência social (CRAS), que é uma unidade descentralizada da política de assistência social e a principal porta de entrada do SUAS, dada a sua capilaridade nos territórios, possibilitando o acesso das famílias à rede de proteção social de assistência social (IBGE, 2010).

	CMS José Paranhos Fontenelle	Penha
	CMS Alemão	Complexo do Alemão
	CMS Parque Royal	Ilha do Governador
	CMS Gustavo Capanema	Complexo da Maré
	CMS Hélio Smidt	Complexo da Maré
	CMS Parque União	Complexo da Maré
	CMS Nova Holanda	Complexo da Maré
	CMS Samora Machel	Complexo da Maré
	CMS Vila do João	Complexo da Maré
	CMS Iraci Lopes	Vigário Geral
	CMS João Cândido	Penha Circular
B	CMS José Breves dos Santos	Vigário Geral
	CMS Madre Tereza de Calcutá	Ilha do Governador
	CMS Maria Cristina Roma Pougartten	Ramos
	CMS Nagib Jorge Farah	Jardim América
	CMS Américo Veloso	Complexo da Maré
C	CMS Necker Pinto	Ilha do Governador
Policlínica	Newton Alves Cardoso	Ilha do Governador
	José Paranhos Fontenelle	Penha

Fonte: Elaboração própria, 2014

Tabela 9: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), segundo bairros de abrangência - 2014.

CRAS	Bairros de abrangência
Anilva Dutra Mendes	Jardim América, Vigário Geral, Parada de Lucas e Pavuna (parte)
Carlos Drumond de Andrade	Ramos (parte), Olaria (parte) e Penha
Darcy Ribeiro	Cocotá, Freguesia, Tauá, Bancários, Moneró, Portuguesa, Cidade Universitária, Galeão, Cacua, Pitangueiras, Zumbi, Ribeira, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Praia da Bandeira
Nelson Mandela	Maré, Ramos (parte), Penha Circular, Bonsucesso (parte)
João Fassarela	Cordovil (cidade alta), Brás de Pina e Penha Circular
Ramos	Complexo do Alemão, Ramos (parte), Bonsucesso e Manguinhos (parte)

Fonte: <http://www.rio.rj.gov.br> Acesso em 11 de abril de 2014.

Como o objetivo do estudo é analisar a gestão das condicionalidades da saúde do PBF, o principal critério de escolha das unidades a serem incluídas na pesquisa de campo foi o alto acompanhamento das famílias beneficiárias pelas unidades de saúde. Consideraram-se também outros critérios como: distribuição geográfica e tipo de unidade. Para as unidades tipo A (todo território coberto por ESF) foram selecionadas quatro unidades no total, sendo duas Clínicas de Família e dois Centros Municipais de Saúde. Optou-se por estudar quatro unidades que apesar de serem do mesmo tipo (tipo A), possuem estruturas diferentes. Por exemplo, a Clínica de Família possui uma infraestrutura de melhor qualidade quando comparada aos CMS, já que esses, geralmente, são adaptados em estruturas que já existem, como anexo de escolas, associação de moradores, entre outras. Considerando a infraestrutura um elemento importante para o processo de trabalho das equipes, e que pode influenciar na gestão de inúmeros processos, optou-se por essa seleção. Obedecendo ao critério geográfico as duas Clínicas de Família e os dois CMS prestam atendimento a bairros com características distintas.

Já para as unidades tipo B (onde somente parte do território é coberto pelo Saúde da Família), a seleção de duas unidades foi considerada suficiente. Da mesma forma que a anterior, essas unidades foram as que apresentaram maior acompanhamento, sendo também localizadas em bairros distintos. Tais unidades possuem além das equipes de saúde da família, profissionais especialistas.

A unidade tipo C e as Policlínicas, - que não apresentam equipe de saúde da Família da região, não entraram no estudo, pois apresentam baixíssimo acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF.

Para a seleção dos CRAS, foi considerado o critério geográfico de correspondência à área das Unidades Básicas de Saúde previamente selecionadas. Dos seis CRAS da região, cinco possuem correspondência com as unidades selecionadas, tendo sido incluídos no estudo.

3.4 Estratégias metodológicas

A pesquisa compreendeu diversas estratégias metodológicas para alcançar seus objetivos, tais como revisão bibliográfica, análise documental, análise de bases de dados secundários e entrevistas semiestruturadas.

A revisão bibliográfica consistiu em um levantamento sobre temas relevantes, tais como: proteção social nos países avançados e na América Latina, política de assistência social no Brasil, políticas de transferência de renda, condicionalidades da saúde e relações intersetoriais e intergovernamentais do Programa Bolsa Família.

Em relação à segunda estratégia metodológica - análise documental - foram examinados a legislação e os principais documentos oficiais referentes ao PBF no âmbito federal, estadual e municipal. Dentre esses se destacam instrumentos legais, as portarias e relatórios do PBF.

Para a análise de base de dados secundários foram analisados dados nacionais, estaduais e municipais oriundos dos sistemas de informações oficiais, disponíveis no *site* do Ministério do Desenvolvimento Social, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e da Secretaria Municipal de Saúde. De particular importância são os indicadores relativos ao Programa Bolsa Família e ao acompanhamento e cumprimento de condicionalidades da saúde. Tais indicadores foram analisados para o país, o estado e o município do Rio de Janeiro. No último caso, foram consideradas as várias áreas programáticas da cidade, especialmente a Área de Planejamento 3.1.

As entrevistas com roteiro semiestruturado foram realizadas no Rio de Janeiro e em Brasília, com atores envolvidos na gestão das condicionalidades de saúde do PBF, selecionados segundo cargo ocupado, atribuição na gestão do programa e tempo de atuação. Foram entrevistados gestores federais, estaduais, municipais, profissionais das unidades de saúde da AP 3.1 e profissionais dos Centros de Referência de Assistência Social, totalizando 20 entrevistas.

As entrevistas se distribuíram nos seguintes grupos:

- Dirigente do Ministério do Desenvolvimento Social (uma entrevista);
- Ex-dirigente do Ministério do Desenvolvimento Social (uma entrevista);
- Dirigente do Ministério da Saúde (uma entrevista);
- Dirigente da Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (uma entrevista);
- Dirigente da Secretaria Estadual de Saúde (uma entrevista);
- Dirigente da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (uma entrevista);
- Dirigente da Secretaria Municipal de Saúde (uma entrevista);
- Assistentes sociais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)

(cinco entrevistas) e

- Profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Área de Planejamento 3.1 (oito entrevistas), sendo quatro em unidades tipo A e quatro em unidades tipo B

Nas unidades tipo A o profissional entrevistado foi o enfermeiro de equipe de saúde da família. Tal profissional foi selecionado porque em geral apresenta menos rotatividade, um bom conhecimento da gestão dos trabalhos desenvolvidos na sua unidade, do seu território e das articulações existentes entre a UBS com outros equipamentos sociais, o que é importante para o objetivo do estudo. O enfermeiro foi selecionado de forma aleatória. Ressalta-se que profissionais recém-chegados nas unidades não foram entrevistados. Em cada unidade tipo B foi selecionado um enfermeiro da ESF e um profissional responsável pela gestão do PBF (na população não coberta pela ESF).

A tabela 10 sistematiza as unidades selecionadas, a abrangência das UBS e dos CRAS e a quantidade de entrevistas com os atores envolvidos com a gestão das condicionalidades de saúde.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas. Realizou-se, então, a análise de conteúdo, segundo a técnica de Bardin (1979), considerando-se as dimensões definidas no estudo.

Na apresentação dos resultados, os entrevistados são identificados somente pelo cargo ocupado, segundo a codificação: Dirigente MDS; Ex-dirigente MDS1; Dirigente MS; Dirigente SEASDH; Dirigente SES; Dirigente SMDS; Dirigente SMS; Assistente Social (1 a 5) e enfermeiro (1 a 6); Profissional responsável pela gestão do PBF (1 e 2).

Por fim, apresenta-se o quadro 6 que sistematiza as dimensões e componentes/variáveis de análise e as fontes/estratégias metodológicas do estudo, apresentadas anteriormente.

Tabela 10: Sistematização das unidades selecionadas, quantidade de entrevistas pelos respectivos atores e a abrangência das UBS e dos CRAS.

Locais selecionados	Participantes	Entrevistas	Abrangência
Ministério do Desenvolvimento Social	Dirigente	1	-
Ministério do Desenvolvimento Social	Ex-dirigente	1	-
Ministério da Saúde	Dirigente	1	-
Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos	Dirigente	1	-
Secretaria Estadual de Saúde	Dirigente	1	-
Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social	Dirigente	1	-
Secretaria Municipal de Saúde	Dirigente	1	-
Unidades tipo A			
CF Maria Sebastiana de Oliveira	Enfermeiro	1	Ilha do Governador
CF Rodrigo Aguilar Roig	Enfermeiro	1	Complexo do Alemão
CMS Nova Holanda	Enfermeiro	1	Complexo da Maré
CMS Iraci Lopes	Enfermeiro	1	Vigário Geral
Unidades tipo B			
CMS José Breves dos Santos	Enfermeiro	1	Cordovil
	Profissional responsável pela gestão do PBF		
CMS Américo Veloso	Enfermeiro	1	Complexo da Maré.
	Profissional responsável pela gestão do PBF	1	
Centros de Referência de Assistência Social			
CRAS Darcy Ribeiro	Assistente Social	1	CF Maria Sebastiana de Oliveira
CRAS Ramos	Assistente Social	1	CF Rodrigo Aguilar Roig
CRAS Anilva Dutra Mendes	Assistente Social	1	CMS Iraci Lopes
CRAS Nelson Mandela	Assistente Social	1	CMS Américo Veloso e CMS Nova Holanda
CRAS João Fassarella	Assistente Social	1	CMS José Breves dos Santos
Total		20	

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Quadro 6: Síntese das dimensões, componentes/ variáveis e fontes/estratégias metodológicas do estudo

Dimensões	Componentes/Variáveis	Fontes/Estratégias metodológicas
Desenho das condicionalidades da saúde do PBF	<ul style="list-style-type: none"> - Propósitos das condicionalidades da saúde do PBF - Diretrizes nacionais, estaduais e municipais sobre as condicionalidades da saúde do PBF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica. - Documentos e portarias federais e municipais.
Estratégias de gestão das condicionalidades da saúde do PBF	<ul style="list-style-type: none"> -Mecanismos de gestão das condicionalidades propostas nacionalmente, no estado e no município. -Incentivos financeiros para os estados e municípios no que diz respeito ao acompanhamento das condicionalidades da saúde. - Fluxos e instrumentos definidos e/ou elaborados na esfera federal, estadual, municipal e nos locais (UBS/CRAS). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica. - Documentos oficiais. - Entrevistas.
Coordenação intergovernamental na gestão das condicionalidades da saúde do PBF	<ul style="list-style-type: none"> -Definição de responsabilidades e atribuições na gestão das condicionalidades da saúde pelas três esferas de governo. - Estratégias de articulação entre as três esferas (instâncias e comitês). -Estratégias de articulação entre as três esferas (programas próprios estaduais e municipais). - Ações de monitoramento e avaliação realizados pelas três esferas de governo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica. - Documentos oficiais. - Entrevistas.
Gestão intersetorial das condicionalidades da saúde do PBF	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de responsabilidades e atribuições na gestão das condicionalidades da saúde entre saúde e assistência social. - Estratégias de articulação entre a saúde e a assistência social (instâncias, comitês, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa Bibliográfica. - Documentos oficiais. - Entrevistas.
Visão dos atores sobre os Programas de Transferência de Renda e as condicionalidades da saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Visão dos dirigentes e profissionais sobre o PBF e o programa municipal de transferência de renda (CFC). - Visão dos dirigentes e profissionais sobre as condicionalidades de saúde do PBF e do CFC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Capítulo 4- A gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família nos planos federal e estadual

Este capítulo examina a gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família na esfera federal e estadual, enfatizando as relações intergovernamentais e intersetoriais inerentes ao programa. O cenário estadual toma como referência o estado do Rio de Janeiro. Posteriormente, o capítulo analisa a integração do programa do estado do Rio (Programa Renda Melhor) ao programa federal Bolsa Família, pois os acordos de cooperação realizados com a União enquadram-se na dimensão da coordenação intergovernamental, o que corresponde a um dos objetivos desse estudo.

4.1 O Programa Bolsa Família na esfera federal

Evidencia-se ao longo do processo de implantação do PBF um aumento acelerado no número de famílias beneficiárias que deveriam ser acompanhadas pela saúde (famílias com perfil saúde). Na primeira vigência de acompanhamento o programa já possuía 5.751.203 famílias com perfil saúde. A tabela 11 demonstra a evolução do número de famílias no Brasil com perfil saúde e do número de famílias acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa.

Tabela 11: Evolução do número de famílias com perfil saúde e do número de famílias acompanhadas pela saúde a cada vigência do programa. Brasil, 2005-2013.

Vigência do Programa	Número de famílias com perfil saúde	Número de Famílias acompanhadas	Percentual de acompanhamento
2ª/2005	5.751.203	1.796.601	31,2
1ª/2006	7.338.833	2.808.992	38,3
2ª/2006	9.493.873	3.172.629	33,4
1ª/2007	10.584.746	4.425.320	41,8
2ª/2007	10.472.495	4.858.116	46,4
1ª/2008	10.460.963	6.025.288	57,6
2ª/2008	9.663.238	5.627.611	58,2
1ª/2009	9.690.559	6.112.420	63,1
2ª/2009	9.820.535	6.332.142	64,5
1ª/2010	10.020.880	6.765.524	67,5
2ª/2010	10.602.965	7.254.691	68,4
1ª/2011	10.475.913	7.354.105	70,2
2ª/2011	10.086.288	7.247.353	71,9
1ª/2012	10.322.561	7.514.018	72,8
2ª/2012	11.883.263	8.689.047	73,1
1ª/2013	11.873.323	8.688.863	73,2
2ª/2013	11.845.101	8.698.858	73,4

Fonte Lima et al., (2014).

Na esfera federal a gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família é realizada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), que é um setor pertencente ao Ministério da Saúde (MS). Todavia, a entrevistada do MS salientou que há uma gestão compartilhada com o Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome (MDS) e com o Ministério da Educação (MEC).

O MDS fica responsável pela gestão, elaboração das diretrizes e coordenação geral do programa. O entrevistado do MDS assinalou que tal ministério não tem o papel de determinar como o MS deve gerenciar as condicionalidades da saúde, mas sim apoiá-lo no trabalho e nas ações de saúde realizadas. O trecho abaixo ilustra esse aspecto:

Nós, em verdade, nós somos intersetoriais, mas o grau de discricionariedade dos ministérios parceiros é muito alto. E isso é um dos

fatores que contribui para o sucesso do programa. Você diz ao Ministério da Saúde o que você quer que ele faça. O papel do MDS não é dizer como o ministério vai fazer. Quem entende de saúde é o Ministério da Saúde. A gente entende de gerir o programa. Eu creio que hoje, em termos de gestão da saúde, o que o ministério pode fazer, tenta fazer é apoiar o máximo possível que pode o trabalho da saúde. (Dirigente MDS)

No aspecto da coordenação intergovernamental, o Ministério da Saúde estabelece articulação com todos os estados do país, mantendo, segundo a entrevistada do MS, um contato praticamente diário, visto que estabelecer uma relação direta com os 5570 municípios seria uma tarefa impraticável. Além disso, tal dirigente ressaltou que há uma grande rotatividade dos profissionais no município, o que reforça a importância da articulação com a esfera estadual. Entretanto, apesar de manter uma comunicação direta com todos os estados, a relação entre tais esferas varia geograficamente, sendo frágil em alguns locais. Essa fragilidade é decorrente da dificuldade que alguns estados ainda têm de compreender a lógica do programa federal, o que por sua vez complica a relação dessa esfera com seus respectivos municípios.

Há também, em algumas regiões, pontos de conflito entre a esfera federal e a estadual. Um dos pontos de conflito está relacionado ao repasse de recursos financeiros com base no Índice de Gestão Descentralizada (IGD). Monnerat (2009) em seu estudo também encontrou pontos de tensão relacionados ao IGD, especialmente porque a saúde, em decorrência dos baixos índices de cobertura das suas condicionalidades é, geralmente, vista como a área que não contribui para a elevação do montante dos valores recebidos mensalmente. Apesar dos conflitos apontados, a aposta é de que o estabelecimento do IGD estadual contribua para a estruturação de arranjos intersetoriais que favoreçam a negociação e a cooperação.⁵¹ Outros conflitos ocorrem nos casos em que a área técnica de alimentação e nutrição do estado não responde pela gestão e acompanhamento do programa. Dessa forma, a Coordenação de Alimentação e Nutrição (CGAN) tem que manter e mediar o diálogo entre os dois setores (o responsável pelo PBF e a área técnica de alimentação e nutrição) do mesmo estado.

Em relação a essa questão o dirigente do MDS destacou que nos grandes municípios há diversos setores para gerir as ações que são interrelacionadas ao Bolsa Família, o que pode fragmentar e dificultar o processo de gestão do programa:

⁵¹ Por meio da Portaria Nº 76, de 6 de março de 2008 foi criado o Índice de Gestão Descentralizada estadual que possui os mesmos objetivos e critérios do IGD municipal, mencionados no capítulo 2

Mas, por exemplo, no estado [...] Eu fui para uma reunião e eram quatro pessoas na reunião, uma de vacinação, uma do Rede Cegonha, uma que era a gestora do Bolsa, e a outra que era da alimentação e nutrição. E essas pessoas trabalhavam em secretarias diferentes, por quê? Porque a secretaria de saúde era um espelhamento do modelo federal. As pessoas tinham que se ligar e marcar de conversar para ver como é que estava a ação de cada uma delas. Marcavam uma, duas, três vezes por mês. Se você tivesse uma coisa mais centralizada, nos grandes municípios e nos estados, eu creio que isso poderia ser muito bom. Agora, gerar instâncias burocráticas, gera problemas. Como você deve estar vendo na questão intersetorial e intergovernamental. Você gera pontos de veto, você gera uma série de coisas. (Dirigente do MDS)

Com o intuito de reforçar a agenda das condicionalidades da saúde a esfera federal realiza reuniões técnicas com estados e municípios, especialmente os de grande porte, visto que esses possuem um gerenciamento mais complexo do programa pelo elevado número de famílias a serem acompanhadas. Segundo a dirigente federal do MS no ano passado ocorreu uma série dessas reuniões descentralizadas, sendo uma delas com o estado do Rio e a região metropolitana do município. Observa-se na tabela 12 que o estado do Rio ocupa o oitavo lugar no número de famílias beneficiárias do programa, o que pode ser considerado um número expressivo de famílias.

Tabela 12: Famílias com perfil saúde e percentual de acompanhamento nas condicionalidades da saúde por estado. Brasil, na segunda vigência de 2013.

Estado	Quantidade de famílias com perfil saúde	% de famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde
Bahia	1.497.551	74,7
São Paulo	1.097.421	65,8
Minas Gerais	1.016.159	79,2
Pernambuco	953.700	71,5
Ceará	950.825	78,2
Maranhão	824.478	77,7
Pará	743.331	76,0
Rio de Janeiro	691.391	59,1
Paraíba	425.429	79,8
Piauí	373.184	79,0
Paraná	373.163	80,6

Rio Grande Do Sul	368.918	63,5
Alagoas	367.336	76,9
Amazonas	303.967	74,5
Rio Grande Do Norte	303.376	79,4
Goiás	298.961	76,6
Sergipe	230.358	79,5
Espírito Santo	171.374	67,2
Mato Grosso	158.871	66,5
Mato Grosso Do Sul	122.829	71,7
Santa Catarina	122.007	72,4
Tocantins	120.380	80,2
Rondônia	100.313	58,3
Distrito Federal	76.136	32,6
Acre	65.730	66,3
Amapá	46.608	47,9
Roraima	41.305	87,6

Fonte: Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/> Acesso em 26.12.2014

Além dessas reuniões presenciais que a esfera federal realiza são estabelecidas outras formas de comunicação entre as instâncias envolvidas na gestão do programa. Segundo a literatura, ocorre a produção e divulgação de informes sobre o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF na rede de contatos da atenção básica, da alimentação e nutrição e Redenutri,⁵² realização de videoconferências com municípios e estados, elaboração de ofícios enviados do nível federal aos estados e municípios, além da articulação com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Lima et al., 2014).

Outra estratégia importante de articulação que também ocorre é a oferta do Curso de Educação a Distância sobre o Programa Bolsa Família na Saúde na Plataforma UNIVERSUS que possibilita a capacitação de diversos profissionais sobre a temática das condicionalidades de saúde do referido programa (Lima et al., 2014).

A esfera federal monitora o acompanhamento das condicionalidades da saúde de todos os municípios. A parte identificada como mais trabalhosa nesse processo é manter os municípios mobilizados e envolvidos para a agenda das condicionalidades da saúde do início

⁵² Rede social formada por profissionais envolvidos com a temática de alimentação e nutrição nas diferentes esferas.

ao fim da vigência. Nesse momento a instância federal conta com os estados para realizar esse trabalho em conjunto, reforçando a importância da cooperação intergovernamental dessa esfera na gestão do programa.

Atualmente a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) trabalha com três estratégias centrais de gestão. A primeira delas é aproximar a atenção básica mediante a Estratégia de Saúde da Família ao PBF. O objetivo dessa estratégia é fazer com que os municípios incorporem o acompanhamento das condicionalidades de saúde na rotina das atividades da atenção básica, aproveitando as ações de puericultura, pré-natal e as visitas domiciliares dos profissionais, ou seja, não é preciso criar uma nova agenda de acompanhamento das condicionalidades de saúde para as famílias do programa.

Na verdade, é aproximar ao máximo a atenção básica do SUS. Estratégia de saúde da família. E aí, a gente sugere que o município inclua como acompanhamento das condicionalidades de saúde na rotina das ações da atenção básica, não que se crie uma nova agenda de acompanhamento das condicionalidades de saúde. (Dirigente MS)

A segunda estratégia mencionada é aumentar a identificação precoce das gestantes beneficiárias, para que essas possam receber o Benefício Variável à Gestante (BVG) logo no início da gestação. O objetivo é inserir a gestante no pré-natal, informar o mais rápido possível a ocorrência da gestação no sistema, para garantir a concessão do BVG no início da gestação. De acordo com Lima et al., (2014) o BVG fortalece o papel intersetorial da saúde no PBF, visto que as gestantes devem ser necessariamente localizadas pelos profissionais de saúde e ter a informação da gestação registrada no sistema para receber o benefício.

Eu acredito que uma prioridade nossa seja a identificação das gestantes. A gente só consegue hoje identificar acho que quase 50% das gestantes beneficiárias do Bolsa. Eu sinceramente não acredito que essas gestantes não tenham acesso ao pré-natal. Elas têm acesso ao pré-natal. A gente só não está conseguindo captar o registro delas para o recebimento do benefício variável à gestante. Isso é um problema. (Dirigente MS)

A última estratégia priorizada pela esfera federal é realizar um monitoramento contínuo e mais próximo dos municípios de grande porte. Tal esfera considera que tais municípios pelo grande quantitativo de famílias beneficiárias que possuem, têm algumas peculiaridades e dificuldades na gestão e operacionalização do programa e que, portanto é fundamental que sejam acompanhados mais de perto.

A gente priorizou também uma atenção maior, um monitoramento contínuo e mais próximo dos municípios de grande porte. [...] eles têm uma peculiaridade no acompanhamento das condicionalidades e que seria muito mais difícil um município como Salvador acompanhar as não sei quantas mil famílias que ele tem, do que um município de menor porte. Então, a gente tentou aproximar mais, contribuir mais esses municípios de grande porte para facilitar o acompanhamento. (Dirigente MS)

Sobre os grandes municípios o gestor do MDS salienta que o financiamento, a forma de coleta das informações e até o sistema de registro deveria ser diferente devido à complexidade gerencial dos serviços de saúde, diferentemente dos municípios de pequeno porte, onde a gestão ocorre com mais facilidade. O depoimento que segue é ilustrativo desse aspecto:

Então, às vezes, eu penso que deveria, para os grandes municípios e estados, ter os 100 maiores do país, e tratar diferente. Tratar de forma diferente, com financiamento diferente, com forma de coleta diferente. E até mesmo com sistemas diferentes. Isso é só uma ideia. Eu vejo que no acompanhamento das condicionalidades, [...] os estados mais pobres e os municípios menores têm uma gestão maravilhosa. Quando você vai crescendo, que as políticas sociais dos grandes municípios e dos estados começam a ficar mais complicadas, você tem um [...] Passa a ter um problema. (Dirigente do MDS)

Em relação ao aspecto intersetorial, a entrevistada do MS ressaltou que neste último ciclo da gestão do PBF houve uma importante aproximação com o MDS. Mensalmente ocorrem reuniões entre esses dois ministérios onde são discutidos problemas, prioridades e estratégias para o gerenciamento do programa. Já com o setor da educação a relação parece ser um pouco mais distante, visto que a educação só se encontra com a saúde nos fóruns intersetoriais que são organizados pelo MDS onde os três setores (saúde, educação e assistência social) partilham diversas questões. Apesar dessa relação distante com a educação a dirigente do MS considera importante a articulação intersetorial que deve ocorrer entre a saúde e a educação, especialmente nos municípios:

Eu acredito que nos estados e municípios, essa articulação seja um pouco mais fortalecida, entre Saúde e Educação. Porque, talvez, eles lancem mão, eles precisam lançar mão de estratégias de vinculação, estratégias de saúde e educação mais próximas para encontrar determinadas famílias. Então, a

Saúde, por exemplo, para encontrar uma determinada família, ela identifica um irmãozinho que está na escola, frequenta a escola. Então, aproveita essa facilidade que a Educação tem de identificar as famílias para fazer o acompanhamento de saúde. (Dirigente do MS)

Especificamente com o estado do Rio, a gestora do Ministério da Saúde destacou que a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição mantém uma excelente articulação e comunicação com a área técnica responsável pelo programa.

4.2 O Programa Bolsa Família na esfera estadual

Na Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio de Janeiro, a gestão das condicionalidades da saúde do programa é realizada pela área técnica de Alimentação e Nutrição. Entretanto, a entrevistada estadual salientou que é importante que o setor de Atenção Básica do estado também se responsabilize e coopere com a área técnica no gerenciamento do PBF, como pode ser visto na fala abaixo:

Porque a gente, aqui, a atenção básica é composta, tem um grupamento chamado de apoio institucional. Esse grupamento de profissionais se divide por macrorregiões. E eles vão para as regiões discutir com a respectiva coordenação de atenção básica dos municípios. Então, a gente, indiretamente, tem procurado abrir, levar um pouco mais da discussão do Bolsa Família por meio desses apoiadores da atenção básica. Por que a gente acha isso importante? Porque se a gente quer que a Atenção Básica entenda, é importante que o assunto esteja na boca da atenção básica. E a boca do estado para falar sobre a atenção básica chama-se Apoio Institucional da Atenção Básica. (Dirigente SES)

É importante que a equipe responsável pela Atenção Básica (AB) coopere com a gestão do Programa Bolsa Família, visto que suas ações mantém estreita relação com as condicionalidades da saúde. Além disso, é um desafio fazer com a área técnica de Alimentação e Nutrição estabeleça diretrizes para os municípios. Dessa forma, a entrevistada da SES argumentou que seria essencial a equipe gestora da AB no estado compreender o PBF como uma atribuição pertencente ao seu escopo de trabalho, de forma a alcançar o maior envolvimento dos profissionais de saúde da AB nos municípios com o PBF.

Dentro do próprio município, de uma maneira geral, é muito difícil a nutrição convencer a atenção básica. A equipe da atenção básica entende o Bolsa Família como mais uma tarefa. Então, quando a conversa vem da própria atenção básica, não é a nutrição que está mandando fazer [...], o assunto é outro. Então, a gente reconhece que talvez seja mais fácil o entendimento qualificado da atenção básica sobre o que é o Bolsa Família, que vem da fala da própria atenção básica, do que quando vem da nossa. Embora, a gente tente, esteja o tempo todo com a atenção básica, essa é uma pedreira. Essa é outra pedreira que a gente tem melhorado bastante. Porque num primeiro momento havia uma resistência. “Está querendo passar tarefa para mim”. (Dirigente da SES)

No aspecto da coordenação intergovernamental, a área técnica de Alimentação e Nutrição estabelece articulação por meio de boletins produzidos divulgados para os municípios. Além disso, ocorre eventualmente a participação em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde a área técnica apresenta alguns resultados acerca do acompanhamento das condicionalidades de saúde.

Ainda no aspecto da coordenação intergovernamental destacam-se os acordos de cooperação que garantem a integração do PBF com outros programas nas diferentes esferas governamentais. Com o objetivo de promover um alinhamento e reforçar a importância da articulação federativa o estado estabeleceu uma pactuação com o plano Brasil Sem Miséria do governo federal, criando o plano Rio Sem Miséria. O programa estadual local denominado Renda Melhor integra o plano Rio sem Miséria, sendo articulado ao Programa Bolsa Família.⁵³ Dada a relevância da coordenação intergovernamental para a pesquisa, o programa estadual Renda Melhor será descrito adiante, no final deste capítulo.

Em relação às atribuições do estado, a dirigente estadual da SES destacou que a principal estratégia de gestão do estado consiste em monitorar, auxiliar e capacitar os municípios no acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF. Sobre esse aspecto, o gestor da SEASDH assinalou que a unificação dos programas antecedentes com a posterior implementação do PBF definiu e reforçou melhor os papéis dos entes subnacionais. Apesar da esfera estadual ter ficado com um papel secundário, tem sua relevância, no apoio e formação técnica dos profissionais e gestores municipais, na articulação da gestão federal com a gestão

⁵³ Lei Nº 6088, de 25 de novembro de 2011.

municipal, na mobilização dos municípios e especialmente nos programas complementares integrados ao Bolsa Família. O depoimento seguinte ilustra esta perspectiva:

O estado, ele acabou ficando com uma função complementar muito frágil, mas também com alguma relevância, que é o apoio técnico aos municípios e os processos de capacitação. E aí o MDS também criou um financiamento para apoiar os estados, o Índice de Gestão Descentralizada Estadual, e com isso as coordenações estaduais se formaram, com qualidades diferentes ao longo do tempo, mas você tinha um interlocutor no estado que também foi muito importante. Então o estado não tinha uma função operacional no programa, mas ele cumpria essa lacuna. Porque imagina, o MDS fazer capacitações em cinco mil e quinhentos e tantos municípios, então essa estratégia de concentrar no estado, que fazia a articulação dos municípios, e fazia o acompanhamento técnico, tirava dúvidas, esclarecia temas, enfim. [...]. É um papel importante, mas não se compara, em termos de densidade, ao que é o papel do município e ao que é o papel do governo federal. (Dirigente da SEASDH)

A ex-dirigente federal também chamou atenção para a importância da esfera estadual, especialmente nos programas complementares, como pode ser verificado na fala abaixo:

E a parte dos programas complementares. O que eram os programas complementares? Era toda parte de capacitação para o trabalho, porque a política de trabalho é estadualizada, não é municipalizada. Então, toda parte dos programas complementares que é a terceira dimensão do Bolsa, ficaria com o estado. E eles teriam que montar essa estrutura de suporte aos municípios e acompanhar. Tanto que no IGD que a gente fez para os estados, o IGDE, o estado recebe uma média do que os municípios recebem. Tanto para cadastro, quanto para acompanhamento das condicionalidades. Porque a gente entendia que o grande suporte técnico para os municípios era o estado: capacitação; mobilização dos municípios; fazer com que as coisas de fato, toda essa normatização seja internalizada pelo município; ver se a rede está funcionando, da atenção básica e da educação. (Ex-Dirigente MDS)

A esfera estadual da saúde trabalha, atualmente, com três linhas de frente. A primeira é qualificar o entendimento dos municípios sobre os princípios do programa, sobretudo no que diz respeito ao cumprimento das condicionalidades de saúde. O objetivo é evitar possíveis

distorções de ações locais, como realização de mutirões que acabam por restringir o acesso (dias específicos para os beneficiários), dificultando a incorporação do atendimento das famílias na rotina das unidades de saúde.

Uma segunda linha que o estado do Rio vem trabalhando é a ampliação da captação precoce das gestantes beneficiárias do PBF pelos municípios para essas possam receber o Benefício Variável à Gestante (BVG) no início da gestação. Evidencia-se que essas duas estratégias foram mencionadas anteriormente como estratégias do Ministério da Saúde, o que sugere estreita relação que está sendo mantida entre a esfera federal e o estado do Rio, proporcionando um alinhamento de objetivos.

A última linha de trabalho é referente ao perfil antropométrico dos beneficiários. Evidencia-se que o tempo de permanência no PBF (exposição à transferência de renda e aos serviços de saúde) tem contribuído para a redução da desnutrição infantil (Jaime et al., 2014). Contudo, segundo a dirigente da SES, é importante observar outro cenário que vem se construindo em relação às crianças beneficiárias. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) ⁵⁴ demonstram que no estado do Rio as crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do PBF que estão com risco de sobrepeso correspondem a 9,81%, sobrepeso 8,99% e obesidade 10,22%. Além desses dados um estudo revelou que as alterações na alimentação das famílias beneficiárias acompanham a tendência nacional com o aumento no consumo de proteínas de origem animal, leite e seus derivados; aumento no consumo de biscoitos, óleos e gorduras, açúcares e alimentos industrializados e aumento, em menor proporção, no consumo de vegetais e hortaliças ⁵⁵ (Menezes et al., 2008).

Diante desse cenário é importante salientar a oportunidade conferida pelo acompanhamento das condicionalidades da saúde. Essa poderia ser aproveitada para proporcionar ações de saúde mais amplas como o aconselhamento nutricional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças por meio da vigilância alimentar e nutricional e incentivo ao aleitamento materno, na tentativa de proporcionar uma

⁵⁴ O Sisvan Web, corresponde ao sistema de gestão das informações em saúde para o acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população atendida nos serviços de AB do SUS. Esse sistema agrega informações sobre antropometria (peso e estatura), bem como o consumo alimentar de indivíduos e populações. Destaca-se que as informações nutricionais obtidas no acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do PBF passam a compor a base de dados do Sisvan Web ao final de cada vigência.

⁵⁵ O aumento do sobrepeso e da obesidade vem se configurando como um problema mais amplo no país, sendo ocasionado pelo balanço energético excessivamente positivo (aumento do consumo alimentar e a redução progressiva dos gastos calóricos causada pelo crescente sedentarismo da população). Evidencia-se uma situação de homogeneidade mesmo em condições de desigualdade sócio-econômicas entre regiões e entre estratos de renda. Observa-se, inclusive, uma tendência para a diminuição do sobrepeso/obesidade nas faixas de renda familiar mais elevada (Batista Filho et al., 2008).

estratégia de alimentação e nutrição adequada para as famílias beneficiárias.

Assim como a dirigente federal do MS a entrevistada da SES também chamou a atenção para a importância da articulação intersetorial que deve ocorrer no território entre a saúde, assistência e educação e a potencialidade que há no SICON:

A questão da articulação intersetorial no território. Porque quanto mais distante a gente estiver do lugar dos problemas, mais difícil a gente sabe quais são as necessidades. E mais difícil fazer o uso dos recursos que, às vezes, a gente já tem. A gente precisa estabelecer, efetivamente, um vínculo com o CRAS no território. O vínculo da unidade de saúde, o CRAS e a escola. [...] o CRAS e suas unidades de saúde, a equipe no seu entorno, pudessem cuidar daquelas suas famílias, aquelas famílias que não estão cumprindo, e entendendo melhor pelos três setores porque é que aquela família não está cumprindo. Essa é a potência que eu vejo do SICON. Quando o SICON for olhado de uma forma compartilhada. As necessidades da família forem enxergadas de uma forma integral. Não só pelo recurso, porque senão vai perder o dinheiro. (Dirigente da SES)

No que diz respeito à relação do estado com o município do Rio na execução e gestão do PBF, constatou-se por meio das entrevistas a insuficiência de diálogo e cooperação técnica, o que aponta para a fragilidade intergovernamental ainda presente no programa. Todavia, é importante destacar que recentemente têm ocorrido iniciativas de articulação entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio. A esfera estadual vem realizando com a capital encontros envolvendo os setores municipais e estaduais da saúde, educação e assistência, com uma periodicidade bimestral, o que representa um avanço.

O Programa Renda Melhor

O Programa Renda Melhor é um dos componentes do plano estadual Rio sem Miséria, sendo coordenado pela Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). A operacionalização do programa tem a cooperação intergovernamental como eixo estruturante, visto que há a participação dos três entes federados. Nesse sentido, como mencionado anteriormente, dada sua relevância para a pesquisa, o programa será brevemente descrito.

Tal programa beneficia famílias que possuem renda *per capita* mensal inferior a R\$

100,00 (linha da extrema pobreza adotada pelo governo estadual, que é superior à linha adotada pelo governo federal). O valor do benefício é calculado a partir das informações registradas no Cadastro Único e varia de acordo com a situação de cada família. Os valores podem ir de R\$ 30,00 a R\$ 300,00, tendo como objetivo aumentar a renda *per capita* da família para R\$ 100,00. O programa possui condicionalidades, sendo essas, as mesmas do PBF (Campos Filho; Vieira; Martins, 2009).

Além de empregar a renda declarada, o Renda Melhor utiliza a renda estimada para identificar os beneficiários do programa, o que é considerado um ponto inovador. A renda estimada considera características estruturais como: (i) acesso a serviços públicos (saneamento básico e energia elétrica); (ii) características físicas da moradia; (iii) nível de escolaridade dos membros da família; (iv) colocação no mercado de trabalho da esposa e do marido; (v) existência de grupos vulneráveis (deficientes físicos, idosos e crianças) e (vi) e acesso a benefícios advindos de programas de transferência de renda (Campos Filho; Vieira; Martins, 2009).

Outra característica importante do Renda Melhor é a possibilidade de zerar o hiato de pobreza extrema, ou seja, todas as famílias que já recebem o benefício do PBF e continuam com renda *per capita* familiar inferior a R\$ 100,00 tem o direito de receber a complementação financeira para superar a linha da pobreza extrema definida pelo estado. Segundo o dirigente estadual da SEASDH isso contribui para realimentar a política nacional, na medida em que abre a possibilidade do governo federal adotar o mesmo tipo de iniciativa

A partir do momento em que a Presidência da República se depara com um programa de transferência de renda que zera o hiato de pobreza, isso também abre a possibilidade do governo federal fazer a mesma coisa, só que não usando a renda estimada, mas a renda declarada. E aí vem também o benefício de superação da pobreza extrema, que é implementado a partir de 2012. (Dirigente SEASDH) ⁵⁶

Evidencia-se nesse processo o quanto são dinâmicas as relações entre as esferas federativas na formulação e implementação de políticas.

O programa Renda Melhor foi implantado primeiramente nos municípios de Japeri seguido por Belford Roxo e São Gonçalo. Posteriormente passou a contemplar 13 municípios

⁵⁶ O governo federal lançou, em 2012, o Benefício para Superação da Extrema Pobreza (BSP), que é um dos benefícios que compõem o Programa Bolsa Família. O BSP objetiva garantir renda mínima de R\$ 77,00 por pessoa da família beneficiária que mesmo recebendo os outros benefícios do programa, ainda permanecem em situação de extrema pobreza.

da região Norte e Noroeste que tiveram o benefício antecipado em função das chuvas, 20 municípios com as taxas mais altas de pobreza extrema, segundo estimativa do censo de 2010 e todos os municípios da região metropolitana com exceção da capital que já tem seu programa próprio. Em 2013 o programa expandiu novamente beneficiando mais 40 municípios. No total o programa Renda Melhor está presente em 91 municípios (todos os municípios do estado do Rio com exceção do município do Rio de Janeiro). Segundo a folha raiz do programa Renda Melhor de 2014, o programa beneficia 284.615 pessoas.

A opção de não implantar o programa estadual no município do Rio relaciona-se com a questão da articulação federativa, visto que a capital já vinha propondo o Cartão Família Carioca. Dessa forma, não seria profícuo ter sobreposição de programas que operam na mesma lógica. Assim, a escolha para o município do Rio foi implementar outras ações como o programa Renda Melhor Jovem, que será descrito a seguir.

Outra característica importante do Renda Melhor é que as famílias contempladas pelo programa utilizam um cartão compartilhado (PBF e RM) para realizar o saque do benefício. Ressalta-se que as famílias podem sacar o benefício do Renda Melhor pelo cartão do Bolsa Família até o recebimento do cartão compartilhado. Além disso, o programa estadual segue o mesmo calendário de pagamento do programa federal (SEASDH, 2014). O compartilhamento do cartão é primordial para fortalecer a legitimidade do PBF e a cooperação federativa. A figura 10 apresenta o modelo do cartão compartilhado Renda Melhor e Bolsa Família.

Figura 10: Modelo do cartão compartilhado Renda Melhor e Bolsa Família



Fonte: SEASDH, 2014

O fato do Renda Melhor manter as mesmas condicionalidades do PBF também é significativo, pois torna o processo mais integrado, já que, profissionais, gestores e beneficiários estão familiarizados com a metodologia de acompanhamento e monitoramento das contrapartidas. Além disso, assegura um alinhamento consistente com os objetivos

nacionais, favorecendo o alcance dos bons resultados obtidos pelo programa nacional.

É importante ressaltar que um houve intenso debate no governo acerca das condicionalidades que estariam presentes no programa estadual. Existia um grupo de atores que defendia a modificação das condicionalidades no sentido de torná-las mais rigorosas e outros favoráveis à continuidade das mesmas condicionalidades já exigidas pelo programa federal. Qualquer modificação nas condicionalidades acarretaria um enorme esforço operacional para o estado, visto que tal ente teria que controlar o que ocorre em cada município. Colocando-se na balança os custos e as dificuldades operacionais de mais condicionalidades contra os bons resultados já alcançados pelo Bolsa Família, optou-se por manter a lógica federal. O trecho seguinte ilustra os argumentos enunciados:

Não ter condicionalidades adicionais também foi uma decisão. Existia uma certa pressão para ter alguma coisa além. Mas assim, eu defendi fortemente que não houvesse mais nenhuma condicionalidade. Porque eu acho que nessa lógica de acesso a direitos, o que o Bolsa Família traz já é suficiente. Não faria sentido elevar, – teve um debate interno no governo em relação a isso – elevar para 90% a frequência escolar. Para que isso? Qual seria o ganho disso? E a complicação operacional disso também é inimaginável. Imagina um estado controlar o que acontece em todos os municípios, ver se aquele cinco por cento a mais... O trabalho que daria para as escolas, o desperdício de esforço. Com que objetivo? Só para dizer que tem alguma coisa a mais de acompanhamento? Acho que a gente não considerava que era necessário ou que era desejável mesmo. Então a opção foi por não ter mais nenhuma condicionalidade. (Dirigente SEASDH)

Outro componente do plano estadual Rio Sem Miséria é o Programa Renda Melhor Jovem que estabelece uma parceria entre a Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH) e a Secretaria de Estado de Educação (SEEDUC). O objetivo do referido programa é estimular o jovem, que tenha ingressado ou ingresse no ensino médio com até 18 anos incompletos, a permanecer na escola e concluir o ensino médio. O estímulo é feito por meio de incentivo financeiro depositado em conta poupança, podendo ser retirado diretamente pelo jovem (Campos Filho; Vieira; Martins, 2009).

A cada ano do ensino médio concluído o jovem recebe um benefício, sendo R\$ 700,00 para o primeiro ano, R\$900,00 para o segundo ano, R\$1.000,00 para o terceiro ano e R\$ 1.200,00 no quarto ano (no caso de ensino profissionalizante). Além desses incentivos, o

jovem que obter o desempenho de no mínimo 50% na prova do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), recebe o valor complementar de R\$ 500,00. Dessa forma, ao final do ensino médio, o jovem pode receber até R\$ 4.300,00. Para que o incentivo seja mais palpável, o jovem pode retirar 30% do benefício a cada ano o que contribui para sua independência financeira (Campos Filho; Vieira; Martins, 2009).

O Programa Renda Melhor Jovem foi implantado primeiramente nos municípios piloto - Japeri, Belford Roxo e São Gonçalo -. Posteriormente passou a contemplar 13 municípios das regiões Norte e Noroeste (antecipados em função das chuvas) e 20 municípios com as taxas mais elevadas de pobreza extrema, segundo o Censo de 2010. O Renda Melhor Jovem engloba também a região metropolitana, inclusive o município do Rio de Janeiro, diferentemente do Renda Melhor, que não o contempla. Atualmente, o programa Renda Melhor Jovem está presente em todos os municípios do estado do Rio.

No que concerne aos indicadores da educação, relativos ao terceiro ano do ensino médio, o estado do Rio apresenta uma evolução positiva de desempenho demonstrado pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).⁵⁷ Em 2011, o estado do Rio ficava atrás de sete estados brasileiros. Já em 2013 o estado apresentou uma melhora, ficando atrás apenas do estado de São Paulo (INEP, 2014). Essa significativa melhora nos indicadores da educação pode estar associada à articulação dos programas, demonstrando o esforço e o engajamento crescente do estado do Rio no enfrentamento desse quadro.

Nesse sentido, sugere-se que as pactuações firmadas entre a União e os governos subnacionais podem proporcionar resultados positivos, em diversos campos, sublinhado o papel fundamental dessa esfera de governo na articulação de programas voltados para o combate à pobreza.

⁵⁷ O IDEB reuni em um só indicador dois conceitos importantes para a qualidade da educação: fluxo escolar e médias de desempenho nas avaliações. O indicador é calculado a partir dos dados sobre aprovação escolar, obtidos no Censo Escolar, e médias de desempenho nas avaliações do Inep (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira), o Saeb (Sistema de Avaliação da Educação Básica) para as unidades da federação e para o país, e a Prova Brasil para os municípios (INEP, 2014)

Capítulo 5 - Programas de Transferência Condicionada de Renda e gestão das condicionalidades da saúde no município do Rio de Janeiro

Este capítulo examina os Programas de Transferência Condicionada de Renda, especialmente as suas condicionalidades da saúde, gerenciados na esfera municipal, enfatizando as relações intergovernamentais e intersetoriais inerentes aos programas federal (o PBF) e municipal (o Cartão Família Carioca-CFC). A análise toma por referência a experiência do município do Rio de Janeiro, a partir da análise documental, de dados secundários e da visão de dirigentes municipais, estaduais e federais. Como a implementação dos programas ocorre no âmbito municipal, existem especificidades na sua operacionalização, decorrente das características gerenciais, da organização da rede de serviços de saúde e outras questões pertencentes ao contexto local que também foram consideradas para a análise. Por fim, o capítulo analisa a gestão das condicionalidades da saúde na esfera local, levando em consideração o processo gerencial de uma das Áreas de Planejamento de saúde do município.

5.1 O Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro

O Programa Bolsa Família foi implantado no Município do Rio a partir do termo de adesão firmado entre a União e a prefeitura em maio de 2004⁵⁸. Em janeiro de 2005 o programa já alcançava 47.350 famílias no município, demonstrando o ritmo acelerado de implantação do PBF conforme a tendência nacional. A tabela 13 demonstra a variação anual da quantidade de famílias beneficiárias na cidade do Rio e no Brasil nos anos subsequentes.⁵⁹

Tabela 13: Número de famílias beneficiárias no município do Rio e no Brasil – 2005 a 2013.

Ano	Famílias beneficiárias no município do Rio	Famílias beneficiárias no Brasil
2005	64.850	8.700.445
2006	102.191	10.965.810

⁵⁸ Decreto nº 24702 de 8 de outubro de 2004.

⁵⁹ A entrada e a saída de beneficiários do Programa é um processo dinâmico, variando mensalmente. Assim, para retratar a quantidade anual de famílias beneficiárias foi utilizado como mês de referência, o mês de dezembro.

2007	120.086	11.043.076
2008	139.248	10.557.996
2009	177.882	12.370.915
2010	175.944	12.778.220
2011	194.386	13.352.306
2012	220.177	13.902.155
2013	242.926	14.086.199

Fonte: Secretaria de Gestão da Avaliação e Gestão da Informação. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/> acesso em 09 de outubro de 2014.

O dado oficial disponível na Secretaria de Gestão da Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) indica que o estado do Rio possui, em setembro de 2014, 828.716 famílias beneficiárias do PBF. Entre os municípios do estado, o Rio de Janeiro ocupa o primeiro lugar no quantitativo de famílias com 228.627, seguido do município de São Gonçalo (64.607 famílias), que por sua vez é seguido pelo município de Duque de Caxias (63.331 famílias).⁶⁰

O valor dos benefícios sociais concedidos para o PBF no município do Rio passou de R\$ 40.169.117 em 2005 para R\$ 294.951.512 em 2014, sendo o município com o maior repasse no estado do Rio. O benefício médio mensal por família no ano de 2014 na metrópole do Rio corresponde a R\$ 148, 93 por família. Os municípios que possuem o maior repasse mensal por família são Paracambi (R\$ 204,90), Três Rios (R\$ 203,95) e Nova Iguaçu (R\$ 202,44).

Na cidade do Rio, a gestão das condicionalidades da saúde está vinculada a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sob coordenação da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Atualmente, o gestor municipal do programa é o Coordenador de Saúde da Família. O fato do PBF ser gerenciado pela instância da Atenção Básica e não por uma área técnica específica como a gerência da mulher, da criança ou do adolescente é um aspecto importante para o fortalecimento do programa, pois busca evitar a fragmentação das ações e reforçar a diretriz do cuidado integral que as famílias beneficiárias

⁶⁰ Esses dados correspondem ao mês de setembro de 2014.

devem receber dos profissionais de saúde.

Entretanto, seria significativo que a gestão municipal do programa elaborasse ações transversais perpassando pelas áreas técnicas, especialmente as gerências da mulher e da criança, facilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais. Apesar de relevante, essa articulação ainda é limitada. Esse aspecto também foi assinalado no estudo realizado por Trevisani e Jaime (2012) que identificaram o pouco envolvimento das áreas técnicas com a coordenação das ações do PBF na saúde, com exceção da área de Nutrição, que historicamente é participativa desde a época do Programa Bolsa Alimentação.⁶¹

Segundo o dirigente municipal da saúde a principal atribuição da coordenação do programa é acompanhar os dados de acompanhamento do município e fornecer as informações necessárias para a gestão local. Além disso, o entrevistado enfatizou a importância de capacitar e instrumentalizar os coordenadores das áreas de planejamento para que esses possam potencializar o acompanhamento realizado pelas equipes de atenção básica.

Atualmente, tal dirigente salienta que a principal estratégia adotada na gestão é trabalhar com as equipes de atenção básica a inserção de dados no sistema de informação, visto que em sua avaliação esse é o principal problema no acompanhamento das famílias beneficiárias.

Em relação à articulação entre a saúde e assistência social a nível municipal o dirigente relatou que há uma estreita relação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social com a realização de reuniões frequentes.

Já a relação do município com a esfera estadual, como mencionado no capítulo anterior, parece ser distante, como pode ser ilustrado na fala a seguir:

O estado um pouco menos, eu vejo pouca participação do estado. Atualmente, para ser sincero, eu não tive nenhuma troca de emails com o estado. O apoio vem mais do Ministério da Saúde, inclusive a gente tem uma reunião solicitada por eles, agora no dia 22 de maio, onde vai vim a equipe de Saúde responsável pelo Bolsa Família, ver e acompanhar de perto essa evolução, essa expansão do Saúde da Família e esse bom acompanhamento dos beneficiários do Bolsa. Então assim, vejo pouca participação do estado.
(Dirigente SMS)

⁶¹ Ressalta-se que a dificuldade de articulação das áreas técnicas não se limita somente ao PBF, mas está presente na própria gestão da saúde como um todo. Um estudo realizado por Lima (2014) evidenciou a existência de divergências entre as coordenações da própria secretaria de saúde, o que prejudicaria o andamento de determinados projetos e realizações por parte da Secretaria Municipal de Saúde .

No que concerne aos acordos de cooperação intergovernamental é importante destacar que o município do Rio, integrou seu programa local denominado Cartão Família Carioca (CFC) ao Programa Bolsa Família, descrito a seguir.

5.2 O Programa Cartão Família Carioca

O programa Cartão Família Carioca (CFC) foi instituído em 2010.⁶² O CFC tem como objetivo enunciado reduzir os atuais níveis de pobreza e indigência da cidade, fomentar a melhoria do desempenho escolar dos alunos das escolas públicas e garantir a adesão dos beneficiários às Clínicas da Família previstas no programa “Saúde Presente”.

O prefeito da cidade do Rio de Janeiro⁶³ demandou que o Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas elaborasse o desenho do CFC para ser aplicado no município em curto espaço de tempo. O Cartão Família Carioca foi desenhado a partir de reuniões com o próprio prefeito e alguns órgãos do município tais como a Casa Civil, o Instituto Pereira Passos, o Instituto de Planejamento, a Secretaria de Assistência Social e a Secretaria Municipal de Educação (Neri, 2010).

Cabe ressaltar que em 2011 houve uma expressiva ampliação do programa, com a inclusão de trinta e seis mil famílias, alcançando um total de cento e trinta e quatro mil famílias assistidas pelo governo municipal (Dos Santos; Vale, 2013). Tal decisão pode ter sido influenciada pela proximidade com o ano eleitoral.

Outro aspecto importante é o fato do CFC possuir identidade visual própria com cores referentes ao atual governo. Observa-se na figura 11 que o cartão do programa local não mantém nenhuma relação com o cartão do programa federal Bolsa Família, diferentemente do programa estadual que possui o cartão compartilhado.

⁶² Decreto municipal N° 32887 de 8 de outubro de 2010.

⁶³ O Prefeito do município do Rio de Janeiro neste momento era o Eduardo Paes, filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro, tendo iniciado seu mandato em 2009.

Figura 11: Modelo do cartão do programa municipal denominado Cartão Família Carioca.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Para ter direito ao CFC é preciso estar cadastrado no programa do Governo Federal Bolsa Família, possuir renda familiar *per capita* menor que R\$ 108, já incluído o benefício do PBF. A renda *per capita* de cada família é estimada levando-se em conta todas as informações do CadÚnico, ou seja, é utilizada a renda estimada diferentemente, do PBF que utiliza somente a renda declarada.⁶⁴ Utilizar a renda estimada parece ser um método vantajoso, pois além de considerar a pobreza como um fenômeno multidimensional, avalia a vulnerabilidade social e econômica, retrata melhor a qualidade de vida e não se relaciona com variações temporárias na faixa renda, decorrentes, por exemplo, de empregos provisórios com vínculos precários de trabalho.

Outra característica importante é a possibilidade de zerar o hiato de pobreza extrema, ou seja, todas as famílias que já recebem o benefício do PBF e continuam com renda *per capita* familiar inferior a R\$ 108 (linha de pobreza extrema adotada pelo município do Rio de Janeiro) tem o direito de receber a complementação financeira para superar a pobreza extrema.

Evidencia-se que a utilização da renda estimada e o objetivo de zerar o hiato da pobreza extrema são características que também estão presentes no programa estadual Renda Melhor.

O valor do benefício é concedido de acordo com renda *per capita*, o número de beneficiários por domicílio e a composição familiar. No máximo apenas um adulto e três crianças em idade escolar (até 18 anos) podem ser inscritos no CFC, por família.

Assim como o PBF, o CFC também possui condicionalidades, sendo que essas diferem das contrapartidas do programa federal. No que concerne às condicionalidades da

⁶⁴ Decreto Municipal Nº 32887 de 8 de outubro de 2010, artigo 3º.

educação é exigido que crianças e adolescentes menores de dezoito anos mantenham a frequência mínima de 90% nas aulas, além da participação de pelo menos um dos responsáveis nas reuniões bimestrais da escola.⁶⁵ O não cumprimento da frequência ou a ausência do responsável por dois bimestres consecutivos ocasionará o bloqueio parcial do benefício. Sobre a frequência exigida é importante mencionar que essa é superior a do PBF que prevê 85% para as crianças e adolescentes e 75% para os estudantes entre 16 e 17 anos. Ressalta-se ainda que os alunos que melhorarem seu desempenho escolar ao longo do bimestre recebem um bônus de R\$50 por bimestre (até R\$ 200 por ano).⁶⁶

Este último aspecto do CFC não mantém uma correlação linear com o objetivo das condicionalidades da educação do programa federal, visto que vincula os benefícios financeiros ao desempenho dos alunos. Essa característica demonstra a forte centralidade e responsabilidade que recai sobre o indivíduo, associando o prêmio do benefício adicional ao esforço individual, com uma ênfase comportamental. O fala de um dirigente federal transcrita abaixo enfatiza essa questão:

De corresponsabilização da família porque, veja bem, a criança já é uma criança com menos ativos, que era a discussão que eu fazia lá quando a gente foi fazer a avaliação do SAEB, quer dizer, você tem uma criança que já chega com menos ativos. Ela tem menos disposição, ela não frequentou pré-escola, faz uma grande diferença, ela tem menos estímulos em casa, é uma criança mais submetida à violência doméstica. Então, ela já chega... E aí, você vai transferir para ela a responsabilidade de desempenho na escola. Já que o material didático é ruim, os professores são ruins, quer dizer, a escola é uma escola ruim e você transfere para a criança, que é mais pobre?(Ex- Dirigente do MDS)

No que concerne às condicionalidades da saúde do CFC destacam-se que essas foram instituídas e regulamentadas somente em 2013, ao contrário das da educação que estão regulamentadas desde 2010. As contrapartidas da saúde exigem que as famílias estejam incluídas no programa “Saúde Presente” com a manutenção dos cartões de vacina das crianças

⁶⁵ Decreto Municipal Nº 32887 de 8 de outubro de 2010, artigo 10º.

⁶⁶ Para receber o benefício adicional os alunos matriculados nas Escolas do Amanhã (programa do governo lançado em 2009 que desenvolve nas escolas ações de educação, saúde, assistência social, esporte, arte e cultura) precisam melhorar as notas em 15% nas provas bimestrais e alcançar pelo menos nota 4; os matriculados nas demais escolas municipais precisam melhorar suas notas em 20% nas provas bimestrais e alcançar pelo menos nota 4. Também receberão o benefício adicional os que atingirem, pelo menos, as seguintes notas nas provas bimestrais: 7 para os alunos do segundo ao quinto ano das Escolas do Amanhã e 7,5 nas demais escolas municipais; 6 para os alunos do sexto ao nono ano nas Escolas do Amanhã e 6,5 nas demais escolas municipais.

e o acompanhamento das gestantes durante o pré-natal.⁶⁷

Apesar das condicionalidades do CFC serem baseadas na educação e na saúde, aspectos já presentes no programa nacional, algumas ressalvas devem ser feitas, especialmente no que concerne às condicionalidades da saúde. As condicionalidades da saúde estabelecidas pelo CFC são mais específicas e rigorosas, visto que além das informações exigidas pelo PBF, novas obrigatoriedades estão incluídas. Por exemplo, para as famílias não perderem o benefício concedido pelo CFC as gestantes precisam ter a informação sobre a realização do exame de HIV e sífilis, as crianças de zero a dois anos precisam ter avaliação sobre necessidade de hospitalização, ocorrência de infecção respiratória aguda e diarreia⁶⁸ e os adolescentes terão que ter participado de um grupo de educação em saúde. Além disso, a frequência com que essas informações devem ser registradas varia para cada grupo e não se restringe a somente duas vigências ao ano como no PBF. O quadro 7 sistematiza as condicionalidades de saúde do CFC por grupo de beneficiários, evidenciando a periodicidade proposta para o envio das informações.⁶⁹

Quadro 7: Condicionalidades da saúde do CFC por grupo de beneficiários

Beneficiário	Condicionalidades	Frequência do Registro
Crianças de 0 a 1 ano	Vacina em dia	Mensal
	Estado Nutricional	
	Tipo de aleitamento	
	Situação de saúde (informações da Ficha B)	
Crianças de 1 a 2 anos	Vacina em dia	Trimestral
	Estado Nutricional	
	Tipo de aleitamento	
	Situação de saúde (informações da Ficha B)	
Adolescentes de 12 a 19 anos	Vacina em dia	Anual
	Grupo de educação em saúde	
Gestantes	Vacina em dia	Mensal

⁶⁷ Decreto Municipal Nº 36660 de 1 de Janeiro de 2013. Institui condicionalidades de saúde para o benefício do Cartão Família Carioca e estabelece prazo de 180 (cento e oitenta) dias para incluir todos os beneficiários do Cartão Família Carioca no Programa Saúde Presente.

⁶⁸ Essas informações exigidas para as crianças estão nas fichas de acompanhamento (Ficha B) dos Agentes Comunitários de Saúde da ESF, que por sua vez, produzem alguns dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

⁶⁹ Apesar do ofício da SMS ter divulgado essa frequência de registro diferenciada por grupo de beneficiário e tipo de condicionalidade, na prática, não há um controle sobre essa periodicidade e nem repercussão sobre o benefício. Os registros acabam sendo inseridos como o PBF, somente duas vezes ao ano.

	Acompanhamento pré-natal (resultado de HIV, resultado de sífilis, consulta nos	
	Puerpério (se puérpera)	

Fonte: Ofício circular S/SUBPAV/SAP Nº 20/2013

Ainda que sejam questões básicas presentes em consultas de pré-natal e de puericultura, a exigência do preenchimento dessas informações pode demandar uma organização maior do processo de trabalho dos profissionais de saúde no acompanhamento das famílias e no registro das informações, além de um processo gerencial mais eficiente.

Segundo um dos dirigentes federais do MDS, na época da implantação do Cartão Família Carioca foi possível reconhecer que os gestores municipais do Rio tinham uma percepção diferente sobre os programas de transferência de renda. O programa que fosse implantado localmente deveria ser focado na linha da responsabilização das famílias e do cumprimento das condicionalidades fortes.

Olha, na época, quando foi implantar o Cartão Família Carioca, o secretário na época procurou a gente em Brasília. Mas eles tinham uma percepção da transferência de renda muito na linha de responsabilização das famílias. Muita condicionalidade, muito [...] (Ex-Dirigente do MDS)

Por outro lado, existe a possibilidade de que a inclusão adicional de condicionalidades de saúde obrigatórias pode ser por alguma especificidade regional ou um agravo de maior destaque no município. Há de se considerar também a oferta instalada dos serviços, o grau de trabalho e adequação dos locais para que essas informações extras possam ser coletadas ou não. Observa-se nas falas abaixo que alguns dirigentes federais consideram válida a criação de programas próprios mesmo que esses incluam condicionalidades a mais, o que reforça o amplo debate que há sobre o tema.

Aí, eu não sei o que estimulou a gestão do Rio de Janeiro a incluir esses marcadores como condicionalidade obrigatória do programa de transferência de renda. Talvez seja um agravo de maior evidência no estado que fez com que ele incluísse isso como parte da condicionalidade. Eu acho válido. Se for atender a alguma especificidade regional e estadual, é perfeitamente válido. (Dirigente MS)

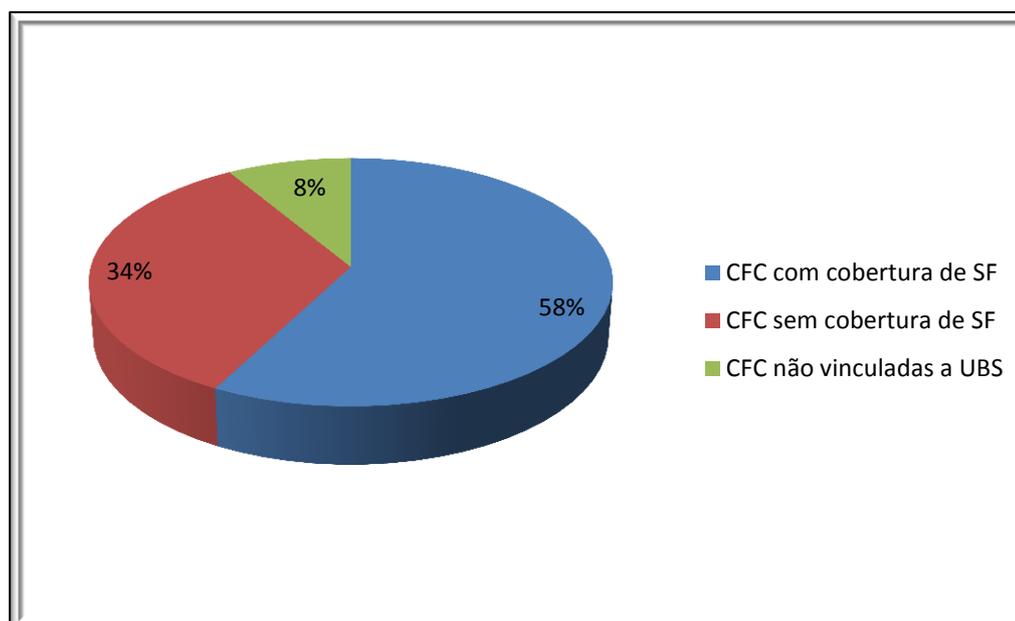
Se a partir do momento que as condicionalidades extras do Família Carioca estão integradas ao serviço de saúde, elas não geram um custo complementar, não vejo problema. Ou seja, é padrão fazer HIV e sífilis

para a gestante? É. Então, essa cultura que você quer implementar na ponta é... Mas por que se faz HIV e sífilis na ponta? Porque é necessário você fazer HIV e sífilis na ponta para evitar problemas mais graves. Aí, você está usando a mesma lógica que a gente faz aqui. (Dirigente MDS)

O fundamental acerca do debate das condicionalidades é entender o seu sentido, pois a lógica presente no programa federal (que deve estar presente nos outros programas) não é punitiva, nem restritiva, mas sim de ampliar o acesso dessas famílias a diversas ações na área da saúde.

Um aspecto que pode auxiliar as famílias no cumprimento dessas contrapartidas adicionais é a crescente expansão da ESF no município, principalmente nas regiões mais vulneráveis, que antes eram desprovidas de serviços de saúde. A figura 12 demonstra essa característica do Rio, onde quase 60% dos beneficiários do CFC residem em território coberto pela ESF.

Figura 12: Cadastro de Beneficiários do Cartão Família Carioca por cobertura de Saúde da Família no Rio de Janeiro



Fonte: S/SUBPAV. Disponível em http://subpav.org/bf/graficos/cfc_por_cobertura_pizza.php Acesso em 26/09/014

Entretanto, é importante ressaltar que a rede de serviços da Atenção Básica ainda possui diversos problemas de acesso, especialmente para a população mais pobre. Nesse sentido, para superar as desigualdades de acesso nesse nível de atenção, facilitar a entrada dessas famílias nas unidades de saúde e proporcionar um acompanhamento mais próximo é

imprescindível melhorar a lógica organizativa dos serviços e dos sistemas locais.

Inicialmente foi estabelecido que as informações referentes às condicionalidades da saúde do PBF e do CFC, a partir da segunda vigência de 2013, seriam registradas no prontuário eletrônico.⁷⁰ Esse registro seria exportado, mensalmente, pelas empresas dos prontuários para um sistema próprio do município, que por sua vez, seria consolidado e enviado ao Ministério da Saúde. Entretanto, este fluxo foi interrompido antes do término da segunda vigência de 2013, decorrente de problemas na migração dos dados dos prontuários para o sistema próprio. A nova orientação dos gestores foi que as informações passassem a ser registradas diretamente no sistema de informação municipal. Esse contratempo ocasionou muitos transtornos no processo de trabalho das equipes, pois os profissionais tiveram que resgatar as informações no prontuário eletrônico (das famílias que já tinham sido acompanhadas) e registrar novamente, para manter o percentual de acompanhamento e não prejudicar as famílias com punições indevidas.

Para prevenir possíveis transtornos, na primeira vigência de 2014, todas as informações passaram a ser registradas diretamente no sistema municipal. Apesar da ênfase que os gestores municipais deram ao acompanhamento das condicionalidades da saúde, propondo uma meta de 100% para as unidades de saúde, o município do Rio alcançou apenas 55% de acompanhamento para os Beneficiários do Cartão Família Carioca.

Constata-se que, embora fundamental, a articulação entre os diversos setores na implementação de um programa não é uma tarefa fácil. É fundamental que haja cooperação intergovernamental e intersetorial para evitar fragmentação institucional, disputas eleitorais entre secretarias de um mesmo governo e o paralelismo dos programas implantados no município, especialmente quando há lógicas distintas de operação (Silva; Senna, 2009).

5.3 Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio

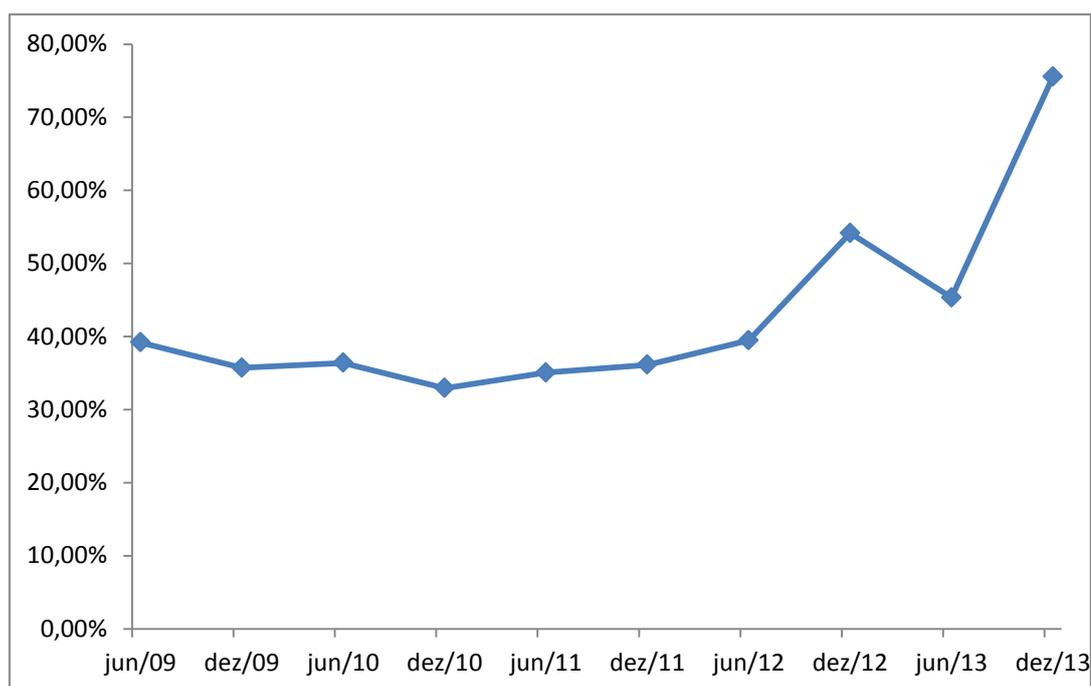
No que concerne aos dados municipais de acompanhamento das condicionalidades do PBF, observa-se a mesma tendência nacional, onde a educação apresenta melhor acompanhamento do que a área da saúde. Confirmando essa premissa, em dezembro de 2013, a educação apresentou o percentual de 91,22% de acompanhamento de frequência escolar

⁷⁰ Cabe ressaltar que no município do Rio de Janeiro há quatro tipos de prontuários eletrônicos distintos operando nas unidades com equipes de Saúde da Família.

enquanto a saúde apresentou 75,53% (SAGI, 2014).

Apesar do acompanhamento das condicionalidades da saúde ser historicamente menor do que o da educação, nos anos de 2012 e 2013, a cidade do Rio demonstrou um progresso no acompanhamento das famílias, especialmente na segunda vigência de 2013, quando atingiu o percentual de 75,53% de famílias totalmente acompanhadas (Figura 13). A evolução de acompanhamento entre a primeira e a segunda vigência de 2013 é tão significativa que apresenta uma variação maior que 30%. Ressalta-se que, para o mesmo período, o município do Rio foi o que apresentou o maior progresso no acompanhamento quando comparado aos outros municípios do estado. A figura 13 demonstra a evolução do percentual de famílias totalmente acompanhadas na metrópole do Rio.

Figura 13: Percentual de famílias totalmente acompanhadas nas condicionalidades da saúde no município do Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria de Gestão da Avaliação e Gestão da Informação. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/> acesso em 16 de outubro de 2014.

Esse expressivo aumento pode ser resultante da forte orientação da gestão para que todas as famílias do CFC fossem acompanhadas. Como um dos critérios de inclusão no CFC é ser beneficiário do PBF, muitas famílias beneficiárias de ambos os programas, acabaram sendo acompanhadas simultaneamente. Outra mudança que ocorreu, nesse período, que pode

ter contribuído para esse aumento foi a utilização do sistema próprio do município para registrar as informações sobre o acompanhamento das famílias.

Sobre esse aumento de acompanhamento é importante chamar atenção para a fidedignidade dos dados da saúde. Segundo Lindert et al., (2007) os dados informados sobre as condicionalidades da saúde pelos municípios são geralmente precários. Por exemplo, o Ministério da Saúde recomenda 6 a 7 consultas de pré-natal para as mulheres gestantes. Todavia, o número médio de consultas das gestantes no sistema público de saúde é bem menor do que o preconizado, ficando em torno de 1 a 3 visitas. Agravando tal situação, evidências sugerem que os profissionais de saúde podem considerar gestantes acompanhadas e com pré-natal em dia (cumprimento das condicionalidades) caso elas realizem ao menos três visitas. (Lindert et al., 2007).

Os autores alertam ainda sobre a possibilidade dos repasses de recursos aos governos poderem subsidiar incentivos perversos para que os municípios sejam complacentes com as condicionalidades, a fim de obter mais recursos. Essa consideração foi apresentada pelo MDS, diante de um cenário que demonstrava que dos 800 municípios aproximadamente 15% registraram 100% de atendimento para 100% de seus estudantes. Tais casos se traduzem em alertas para apuração do processo operacional que está sendo realizado localmente (Lindert et al., 2007).

Outro dado relevante envolvido na gestão das condicionalidades da saúde diz respeito às famílias não acompanhadas (que podem ser não visitadas, não localizadas e localizadas, porém não acompanhadas). Observa-se na tabela 14 que o município do Rio apresentou na primeira vigência de 2013 um expressivo número de famílias não visitadas e não localizadas.

Tabela 14: Famílias não acompanhadas nas condicionalidades da saúde no estado e município do Rio de Janeiro na primeira vigência de 2013. ⁷¹

Quantidade de famílias	Estado	Município
Famílias com perfil saúde	660.249	184.634
Famílias com perfil saúde não visitadas	291.127	95.091
Famílias com perfil saúde não localizadas	21.743	4.909

⁷¹ Não foi possível utilizar o dado mais recente (segunda vigência de 2013), pois algumas informações encontravam-se zeradas. Por meio de um informante chave foi possível identificar que a banco de dados do município não foi enviado completo, na referida vigência, para a instância federal. Dessa forma, optou-se por utilizar dados mais fidedignos presentes na primeira vigência de 2013.

Famílias com perfil saúde localizadas e não acompanhadas	3.880	746
Famílias não acompanhadas na condicionalidades de saúde (%)	47.97	54.57

Fonte: Sagi (2014) Disponível em

http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/METRO/metro_ds.php?p_id=83&p_ibge=33&p_geo=0 Acesso em 04.11.2014

Este cenário chama atenção para uma questão importante que é o acesso aos serviços de saúde, pois não se sabe se essas famílias, que não estão sendo acompanhadas pela agenda das condicionalidades da saúde, estão tendo acesso às ações e serviços da rede de Atenção Básica. No caso das famílias não localizadas, o principal problema reside no cadastro dessas famílias, especialmente nos endereços registrados. Os endereços de algumas famílias são incompletos, desatualizados, inexistentes ou não pertencem à área adscrita da unidade a qual a família está vinculada. A má qualidade dos registros presente no Cadastro Único dificulta o processo de trabalho do setor saúde e impossibilita o acompanhamento de alguns beneficiários. Os dirigentes federais relataram problemas no registro do cadastro dos beneficiários, como pode ser exemplificado nas falas abaixo:

E a gente tem um grande problema, assim, é de tentar de fato localizar essas famílias. Hoje a gente vê que muitas famílias não são acompanhadas porque o endereço está errado, que veio do Cadastro Único, porque a família já se mudou, porque eles mudam bastante. (Dirigente MS)

Olha só, a principal dificuldade que você tem na gestão das condicionalidades da saúde é gestão de cadastro. (Dirigente MDS)

A gente já tinha um pré-diagnóstico formado para poder fazer o saneamento do Cadastro, porque ele era um dos grandes problemas para a execução do programa. Porque você trouxe o Bolsa Escola, trouxe o Bolsa Alimentação, trouxe o Fome Zero, não é? E todos eles. A integração do cadastro do Bolsa Escola com o Cadastro Único não tinha sido feita de forma efetiva. (Ex-Dirigente MDS)

Segundo dirigentes federais, para propiciar a resolução desses casos são necessárias dinâmicas intersetoriais mais cooperativas entre a saúde e a assistência, pois na impossibilidade do setor saúde encontrar as famílias a assistência social deve ser informada. Como é a assistência social que gerencia os cadastros ela deve verificar seus registros e se possível corrigir falhas de nomenclatura ou erros de digitação.

Então, mas aí é que entra, de fato, a referência e a contra-referência entre as políticas porque essa família que não foi localizada, esse sistema, essa informação tem que servir para a Assistência ir atrás dela. Para o pessoal que cuida do cadastro ir atrás dessa família. Que é a questão do acompanhamento. O acompanhamento familiar tem essa função. (Ex-Dirigente MDS)

E a gente tem, inclusive, recomendado nas últimas vigências que a Saúde faça uma parceria com a Assistência Social para padronizar a nomenclatura que é utilizada de bairros nos municípios, que facilitaria o trabalho para ambos. (Dirigente MS)

Entretanto, é importante salientar que muitas famílias relatam endereços inexistentes, endereços de parentes ou quando se mudam não vão ao CRAS atualizar seus endereços, o que dificulta o processo de trabalho dos profissionais da assistência social.⁷²

Outra dificuldade encontrada nesse processo é a falta de atualização da listagem dos beneficiários com perfil saúde disponibilizada a cada vigência. O profissional de saúde, muitas vezes, informa que a família não reside mais no endereço que consta no Cadastro Único (o sistema próprio do Rio permite até a edição do endereço), ou vincula a família à unidade de saúde de sua referência. Entretanto, isso nem sempre se traduz na atualização da listagem, sendo enviada na próxima vigência nova listagem com as mesmas famílias não localizadas ou pertencentes a outras unidades. Evidencia-se, portanto, a necessidade de uma maior articulação e agilidade entre os entes federados e os setores da saúde e assistência social para atualizar as informações cadastrais realizadas no nível local.

Apesar do aumento no acompanhamento das famílias pela saúde (demonstrado na figura 13) a Secretaria Municipal de Saúde, informou que muitos beneficiários ficaram com descumprimento, na segunda vigência de 2013, no município do Rio.⁷³ Diante desse cenário, o processo de atualização das condicionalidades e a gestão da sanção (bloqueio ou suspensão), que era realizado somente pelo CRAS, foi disponibilizado para as unidades

⁷² Segundo a definição legal a Assistência Social deve atualizar o cadastro a cada dois anos. No entanto, é importante atualizar as informações sempre que houver mudanças nos dados das famílias, como nascimento de crianças, alteração na renda familiar e mudança de endereço.

⁷³ Elevado acompanhamento com elevado número de famílias em descumprimento pode ser considerado como um paradoxo, pois se a família foi acompanhada pela unidade de saúde não há motivo para o profissional registrar que criança está com vacina atrasada ou que a gestante está sem pré-natal. Por exemplo, caso a criança chegue a unidade de saúde com a carteira de vacina desatualizada, o profissional deve atualizá-la, aplicar a vacina e registrar que o beneficiário está com a vacina em dia. Sendo assim, é possível que os profissionais estejam com uma compreensão equivocada sobre o processo de acompanhamento ou há algum problema no sistema próprio municipal que ainda não foi identificado.

básicas de saúde (processo iniciado em 2014). Dessa forma foi fornecida aos gerentes das unidades uma senha única para acessar o Sistema de Gestão do PBF (SICON). Os profissionais receberam uma listagem com os beneficiários que estavam em descumprimento e foram orientados a priorizar os casos de bloqueio e suspensão do benefício.

Supõe-se que a disponibilização do gerenciamento das condicionalidades para a saúde pode facilitar o processo, já que os profissionais poderiam realizar a busca ativa das famílias vinculadas à sua unidade, proporcionando o acesso à saúde para as famílias mais vulneráveis. Além disso, seria possível gerenciar com mais agilidade casos decorrentes de problemas dos serviços de saúde evitando punições indevidas. Por outro lado, existe o risco de que os profissionais de saúde achem que esta ação seja uma sobrecarga de trabalho ou que não pertence a seu escopo de atribuição, transformando um processo que seria extremamente importante em uma tarefa meramente burocrática.

O elevado número de beneficiários em descumprimento ocorreu novamente no primeiro semestre do ano de 2014, que apresentou 16.725 beneficiários (15.533 crianças com vacina atrasada e 1192 gestantes sem acesso ao pré-natal) em descumprimento nas condicionalidades do PBF. Chama a atenção que esse total as crianças sem vacina em dia corresponde a aproximadamente 22% do total do país. Diante desse quadro, a SMS solicitou ao Ministério da Saúde a possibilidade de um recurso coletivo, o que significa que as unidades não precisariam abrir novamente recurso individual por meio do SICON, pois todas as pessoas em descumprimento na primeira vigência de 2014 seriam abonadas das sanções por esse recurso coletivo.

A gestão municipal justificou essa solicitação em função da necessidade de avaliar junto às equipes de atenção básica, o motivo do elevado número de famílias em descumprimento, visto que não foram identificados problemas no sistema de acompanhamento próprio municipal. Entretanto, o MDS recusou tal solicitação e os profissionais realizaram o processo de abertura individual de recurso.

Um estudo realizado no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que contém indicadores relativos ao acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF,⁷⁴ evidencia que a grande maioria das equipes de saúde da

⁷⁴ O PMAQ possui quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. O indicador “proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do PBF” pertence à fase de desenvolvimento do PMAQ e é considerado um indicador de monitoramento. Já as perguntas cujas respostas são apresentadas na tabela 17 integram a fase de avaliação externa do PMAQ.

família referem a realização de ações essenciais para o acompanhamento das famílias beneficiárias como a busca ativa, além de possuírem os instrumentos necessários para a organização das ações.

A tabela 15 demonstra a análise consolidada do município do Rio de Janeiro, realizada na fase de avaliação externa do PMAQ.

Tabela 15: Consolidado das respostas dadas pelos profissionais de atenção básica entrevistados no município do Rio de Janeiro - 2013.

Questões	Respostas	Frequência	Porcentual Válido
A equipe de atenção básica realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento no Programa Bolsa-Família?	Sim	290	89,5
	Não	34	10,5
	Total	324	100,0
A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no Programa Bolsa Família?	Sim	310	95,7
	Não	14	4,3
	Total	324	100,0
Há mapa de acompanhamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família?	Sim	253	78,1
	Não	71	21,9
	Total	324	100,0

Fonte: Relatório de Pesquisa. Banco de dados PMAQ-AB 1º ciclo de 2012.

Embora os dados apresentados sugiram uma boa organização do processo de trabalho das equipes no acompanhamento das famílias beneficiárias, durante o trabalho de campo e a pesquisa documental, não foi possível encontrar um documento municipal com diretrizes, ações e fluxos explicativos para o acompanhamento das famílias do PBF destinado às unidades básicas de saúde. Identificou-se que ocorrem apenas encontros entre os gestores municipais e as unidades de saúde. Portanto, supõe-se que a ausência de orientações claras construídas pela gestão municipal é um elemento de deficiência na organização da SMS, que pode contribuir para os problemas evidenciados anteriormente no acompanhamento das condicionalidades da saúde.

Por fim, constata-se que a gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família somada ao programa próprio Cartão Família Carioca trata-se, com efeito, de uma

tarefa complexa, visto que depende do envolvimento, mobilização e articulação de um grande número de atores presentes na esfera federal, estadual e municipal.

5.4 Gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na Área de Planejamento 3.1

Na Área de Planejamento 3.1, assim como nas outras áreas, a gestão das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família é realizada pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento.

Em 2004, ocorreu o início do monitoramento das contrapartidas na CAP 3.1. Neste momento, tal coordenadoria possuía uma nutricionista e três assistentes sociais que, juntamente com outros profissionais, compunham o Grupo de Apoio Técnico (GAT). O Grupo de Apoio Técnico pertencia à estrutura da CAP e ficava responsável por acompanhar o processo de trabalho das equipes de saúde da família. A nutricionista e as assistentes sociais, além de acompanhar o processo de trabalho das equipes, eram responsáveis pela coordenação local e a implementação de ações voltadas para o programa. Havia também uma interlocutora da Assistência Social que ficava ligada à CAP, tendo como atribuição apoiar o trabalho das assistentes sociais que atuavam nas unidades de saúde (que não possuíam equipes de saúde da família), contribuindo também com todas as discussões relacionadas ao PBF.

Ressalta-se que as unidades de saúde realizavam o registro do acompanhamento das famílias em um formulário específico (Mapa de Acompanhamento do Bolsa Família). A CAP 3.1 auxiliava as unidades de saúde na digitação dos dados, pois havia problemas na infraestrutura das unidades de saúde e escassez de computadores com acesso à *internet*.

No início do monitoramento das condicionalidades da saúde a CAP 3.1 realizava algumas reuniões intersetoriais periódicas com os setores da educação e da assistência social. Uma das reuniões era realizada entre a CAP e as unidades de atenção básica existentes na época (quantitativo bem menor do que há hoje). A principal estratégia era sensibilizar os profissionais, esclarecer suas dúvidas e organizar o fluxo de acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias nas unidades básicas de saúde. Outro tipo de encontro era realizado entre a CAP, a Coordenadoria de Desenvolvimento Social (CDS) e a Coordenadoria Regional da Educação (CRE). O objetivo era organizar a rede intersetorial. Como os sistemas de informação da saúde, educação e assistência eram diferentes (o que permanece até hoje) a reunião contribuía para a comunicação e a troca de

informações entre tais setores. Havia um terceiro tipo de reunião mais descentralizada em que participavam a CAP, os gestores das unidades básicas de saúde, os gestores dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e a educação, que não era representada pelos gestores locais, mas sim pela Coordenadoria Regional da Educação (CRE). Essa tinha o objetivo de escutar as dificuldades vivenciadas pelos profissionais no acompanhamento das condicionalidades, além de transmitir todas as decisões tomadas na reunião citada anteriormente, para que essas pudessem ser operacionalizadas localmente pelos profissionais.

Ocorria ainda, independente da CAP 3.1, uma reunião central entre as secretarias da saúde, educação e assistência onde todas as CAP, CDS e CRE do município do Rio participavam. Nessa reunião eram geralmente discutidas as diretrizes e os informes gerais do programa.

Evidencia-se que o esforço de articulação entre os vários setores envolvidos era uma prática regular na CAP 3.1 e no nível central do município do Rio. Uma das motivações para essa coparticipação pode ter sido as diversas dúvidas operacionais decorrentes dos programas remanescentes, especialmente o Programa Bolsa Escola e o Programa Bolsa Alimentação. A criação de um novo programa integrado tornou então necessária a articulação intersetorial entre as instituições para que fosse possível planejar em conjunto e intervir de maneira efetiva nas situações-problema que ocorriam nos estabelecimentos locais.

Em 2009, ocorreu uma mudança organizacional na estrutura de todas as CAP do município, que ocasionou a extinção do Grupo de Apoio Técnico (GAT). Foi criada então a Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) que absorveu alguns profissionais do antigo GAT e os outros foram incorporados pelos demais setores da CAP. A DAPS ficou com apenas uma assistente social. Toda essa mudança, com a diminuição dos recursos humanos, principalmente dos profissionais que desempenhavam a coordenação local do programa, ocasionou um novo formato de trabalho que enfraqueceu e fragilizou as estratégias de articulação intersetorial que existiam, tais como as reuniões periódicas descritas.

Posteriormente, em 2010, com o objetivo de resgatar as discussões que eram realizadas, foi criado o grupo articulador do PBF composto por um médico e uma assistente social. Tal grupo realizava oficinas com as unidades de saúde com o objetivo de sensibilizar os profissionais e gestores para a importância do PBF como indicador de vulnerabilidade das famílias e para a necessidade de incorporar o PBF no cotidiano de acolhimento e o acompanhamento das famílias no processo de trabalho das equipes. Ressalta-se que nesse momento já havia um aumento considerável no quantitativo de equipes de saúde da família.

Em 2012 o grupo articulador foi extinto e a gestão das condicionalidades ficou diluída

em uma nova conformação. Essa conformação consistia na existência de Apoiadores de Território. Tais apoiadores ficavam responsáveis por acompanhar todo o processo de trabalho das unidades básicas de saúde, inclusive o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa.

Segundo relatos de uma entrevistada a articulação intersetorial vem sendo resgatada por meio de reuniões entre a saúde a assistência social. Em cada reunião realizada ocorre a participação de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da área e as suas unidades de referência. O objetivo dessa reunião é resgatar todas as discussões que eram realizadas anteriormente com os profissionais, sensibilizando-os sobre a importância de cada setor no acompanhamento das famílias, discutindo os fluxos de monitoramento das condicionalidades e debatendo casos reais de famílias beneficiárias que envolvam a parceria entre o setor da saúde e da assistência social.

A Área de Planejamento 3.1 apresenta um elevado número de famílias beneficiárias do Bolsa Família, desde o início do programa, estando sempre entre as três áreas com o maior número. Em dezembro de 2014 a referida área possuía o maior número de beneficiários do PBF com perfil saúde alcançando um total de 94. 409 beneficiários. O quadro 8 demonstra a evolução da quantidade de famílias de 2008 a 2013 em todas as Áreas de Planejamento de saúde do município do Rio.

Quadro 8: Quantitativo de famílias beneficiárias por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro -2008-2013. ⁷⁵

	1º/2008	2º/2008	1º/2009	2º/2009	1º/2010	2º/2010	1º/2011	2º/2011	1º/2012	2º/2012	1º/2013
AP 10	5.051	4.508	5.042	5.690	5.975	5.918	6.286	4.466	6.791	7.956	12.200
AP 21	1.986	1.823	1.953	1.982	1.810	1.874	2.400	2.516	3.369	3.986	6.015
AP 22	2.278	2.104	2.328	2.462	2.229	2.281	2.374	19 97	2.749	2.949	3.578
AP 31	10.445	9.025	10.259	10.531	10.037	10.098	11.140	10.385	15.064	18.502	21.883
AP 32	6.290	6.275	6.848	6.870	6.575	6.615	5.406	4.870	5.057	7.516	10.824
AP 33	11.428	10.520	12.519	13.225	12.903	12.723	13.348	11.571	13.883	15.482	19.973

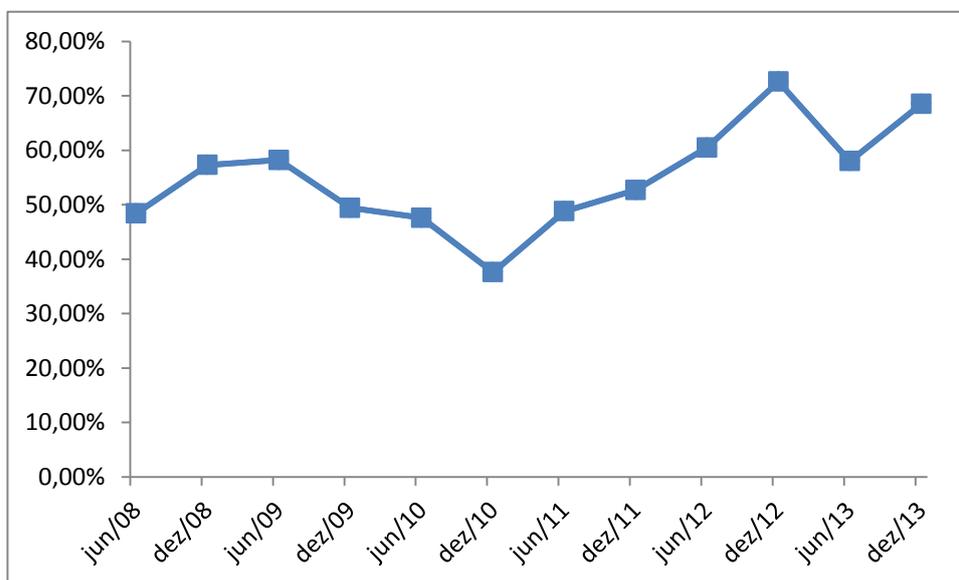
⁷⁵ Para a análise foram consideradas as famílias vinculadas aos Centros Municipais de Saúde, Clínica da família e Policlínicas.

AP 40	4.642	4.802	5.019	5.102	4.554	4.380	3.649	3.527	5.057	6.304	8.721
AP 51	8.291	7.209	8.831	8.838	8.197	8.344	8.987	6.825	10.030	11.488	18.460
AP 52	10.058	9.746	11.491	12.788	12.975	13.102	13.780	11.703	15.753	15.753	22.792
AP 53	8.587	7.913	9.803	10.645	10.143	10.054	10.676	9.800	11.365	11.365	17.584

Fonte: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp> Acesso em 09. 12 de 2013.

O início do acompanhamento das condicionalidades da saúde na Área de Planejamento 3.1 ocorreu em 2004, como mencionado anteriormente. Apesar da fiscalização do cumprimento das condicionalidades da saúde ter iniciado em 2006, o site utilizado antigamente para o registro das informações disponibiliza o percentual de acompanhamento somente a partir da primeira vigência de 2008. A figura 14 apresenta uma série histórica (do ano de 2008 a 2013) do percentual de acompanhamento das famílias beneficiárias na Área de Planejamento 3.1.

Figura 14: Percentual das famílias totalmente acompanhadas pela AP – 2008 a 2013. ⁷⁶



Fonte: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp> Acesso em 09. 12 de 2013.

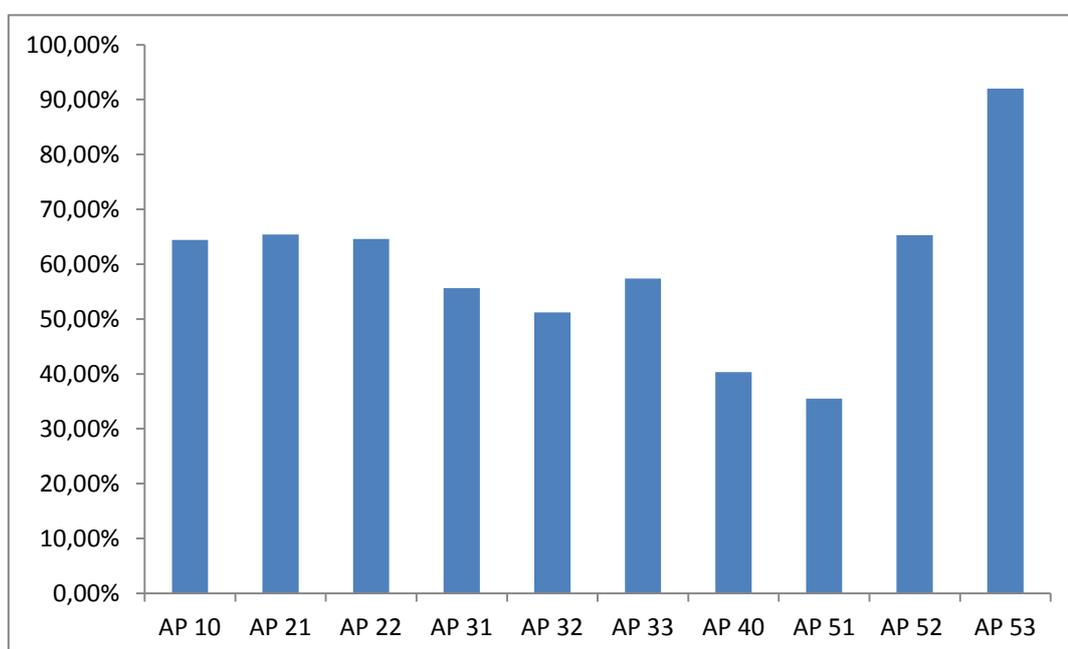
Percebe-se que a partir de 2011 há um aumento no percentual das famílias totalmente acompanhadas pelos estabelecimentos de saúde, o que coincide com o período de atuação do

⁷⁶ Para a análise foram consideradas as famílias vinculadas aos Centros Municipais de Saúde, Clínica da família e Policlínicas. A segunda vigência de 2013 apresenta os dados provenientes do sistema próprio desenvolvido pelo município.

grupo articulador do PBF na CAP 3.1. Após 2012, quando ocorre a cessação do grupo, há uma diminuição no percentual de acompanhamento, o que sugere a importância da articulação intersetorial como uma prática permanente na saúde. Na segunda vigência de 2013, a referida área eleva novamente o número de beneficiários acompanhados alcançando um percentual de 68,46%. Como já mencionado anteriormente, o aumento do acompanhamento na segunda vigência de 2013 pode ser explicado pela utilização do sistema próprio do município e pelo início do acompanhamento na saúde das famílias beneficiárias do Cartão Família Carioca.

Na primeira vigência de 2014 a Área de Planejamento 3.1 atingiu um percentual de 55,6% de acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF, ficando em sétimo lugar quando comparada com as outras áreas do município do Rio. A figura 15 demonstra o percentual alcançado por todas as áreas, com um destaque para a Área de Planejamento 5.3 (compreende os bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba) que alcançou um percentual de 92% de acompanhamento. É possível que o alto acompanhamento dessa AP mantenha relação com a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que tal área possui o maior percentual de cobertura de ESF do município (106, 48%).⁷⁷

Figura 15: Percentual de beneficiários acompanhados na primeira vigência de 2014 por Área de Planejamento

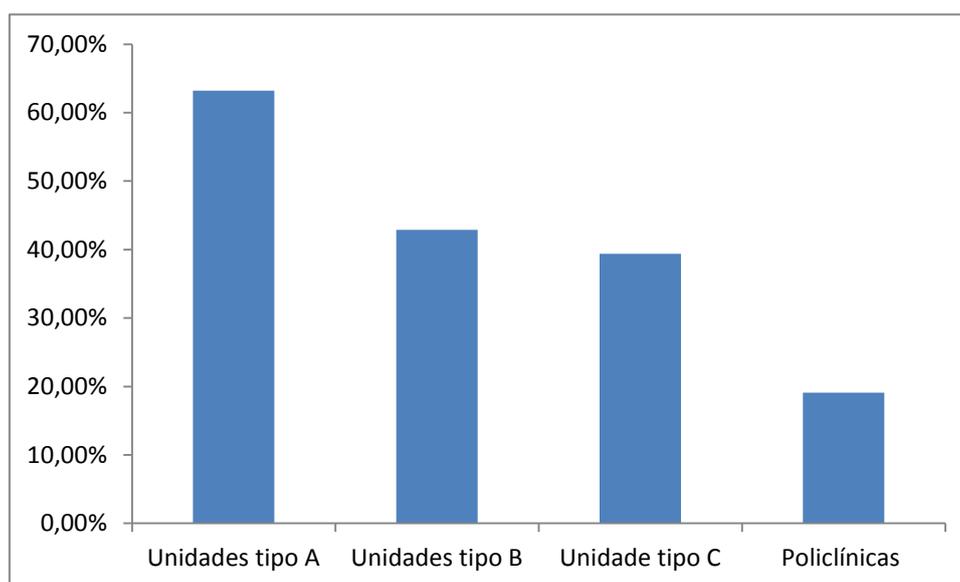


Fonte: Banco de dados da SUBPAV

⁷⁷ O site da prefeitura do Rio disponibiliza a cobertura de ESF nas Áreas de Planejamento do município, sendo 62% para a AP 1.0, 31,5% para a AP 2.1, 25,7% para a AP 2.2, 55,8% para a AP 3.1, 51,5% para a AP 3.2, 43,5% para a AP 3.3, 18% para a AP 4.0, 53,4% para a AP 5.1 e 61% para 5.2.

Uma análise importante para o estudo é o acompanhamento dos beneficiários do programa por tipo de unidade. Na primeira vigência de 2014, as unidades de saúde que possuem todo o território coberto por equipes de saúde da família (unidades tipo A) alcançaram o maior percentual de acompanhamento das condicionalidades da saúde quando comparadas às demais unidades. A figura 16 apresenta o percentual de acompanhamento dos beneficiários entre os tipos de unidade na AP 3.1.

Figura 16: Percentual de beneficiários acompanhados por tipo de unidade na AP 3.1 na primeira vigência de 2014.⁷⁸



Fonte: Banco de dados da SUBPAV.

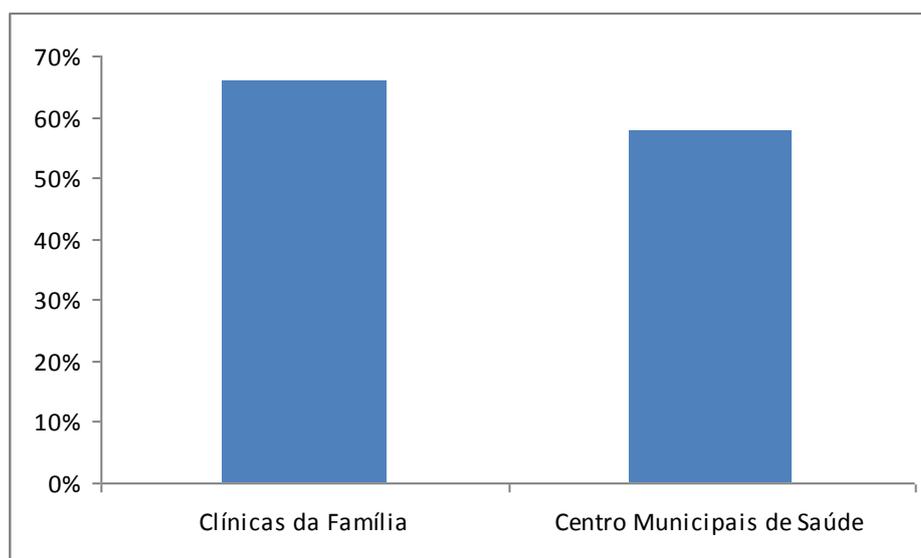
Observa-se que o maior acompanhamento das famílias por unidades que possuem todo o território coberto pelas equipes de saúde da família reforça alguns pontos de convergência importantes que existem entre a ESF e o PBF. O primeiro deles é que ambos são estratégias do nível federal, com ampla cobertura nacional tendo a descentralização (gestão no nível municipal) e a intersetorialidade (articulação com diferentes setores) como princípios fundamentais. O segundo ponto em comum seria o foco na família como unidade de atenção e cuidado. O terceiro fator coincidente é a estreita relação que ambos mantêm com a pobreza e a população vulnerável. O quarto fator seria que as condicionalidades da saúde do PBF fazem parte do escopo de ações e serviços das equipes de saúde da família sendo, portanto um ponto elementar de articulação (Magalhães, 2008).

Outro ponto de análise importante diz respeito ao acompanhamento dos beneficiários

⁷⁸ O número total de unidades equivale a 30, sendo 22 unidades tipo A, cinco unidades tipo B, uma unidade tipo C e duas policlínicas.

do programa nas unidades denominadas como tipo A, pois esses estabelecimentos de saúde possuem estruturas diferentes, sendo separadas em Clínicas da Família ou Centros Municipais de Saúde. Como pode ser observado na figura 17 o percentual de acompanhamento é um pouco maior nas CF do que nos CMS, sendo 66% e 57,8% respectivamente. Como mencionado no capítulo 3 (referente à metodologia) as Clínicas da Família possuem uma infraestrutura de melhor qualidade quando comparada aos CMS, já que alguns foram adaptados ou improvisados em estruturas que já existiam, como anexo de escolas, associação de moradores, entre outras.⁷⁹ Dessa forma, é possível que as condições estruturais presentes nas Clínicas da Família possam facilitar de alguma forma o processo de trabalho das equipes, impactando positivamente na gestão local das condicionalidades da saúde.

Figura 17: Percentual de beneficiários acompanhados nas unidades tipo A (CF e CMS) na AP 3.1, na primeira vigência de 2014.⁸⁰



Fonte: Banco de dados da SUBPAV

Na primeira vigência de 2014 as unidades selecionadas para as entrevistas continuaram se destacando no percentual de acompanhamento das condicionalidades da saúde. As duas Clínicas da Família ficaram em primeiro lugar quando comparadas às demais unidades da AP e as duas unidades tipo B (Américo Veloso e José Breves dos Santos) continuaram sendo as unidades desse tipo com maior acompanhamento das condicionalidades de saúde. Ressalta-se que o CMS Nova Holanda obteve um baixíssimo percentual (inferior a

⁷⁹ Ressalta-se que existem CMS antigos que foram construídos décadas atrás que possuem boa infraestrutura. Entretanto, alguns novos estabelecimentos implantados no município que não possuem a nova estrutura das CF são denominados de CMS, apesar de possuírem estruturas precárias.

⁸⁰ O número total de unidades tipo A é de 21, sendo 10 Clínicas da Família e 11 Centros Municipais de Saúde.

50%), diferentemente da época em que foi selecionado para participar do estudo. Tal unidade teve troca de gestor local, o que pode ter contribuído para essa diminuição. A tabela 16 apresenta o percentual de acompanhamento das famílias nas unidades que foram incluídas na pesquisa.

Tabela 16: Percentual de acompanhamento nas unidades visitadas na primeira vigência de 2014.

Unidade	Tipo	Total de Beneficiários	Total de acompanhados	% de acompanhados
CF Maria Sebastiana de Oliveira	A	1.905	1.538	80.73
CF Rodrigo Y Aguilar Roig	A	2.353	1.821	77.39
CMS Iraci Lopes	A	1.349	955	70.79
CMS Nova Holanda	A	2.111	1.031	48.84
CMS Américo Veloso	B	1.624	1.052	64.78
CMS José Breves dos Santos	B	4.785	2.433	50.85

Fonte: Banco de dados da SUBPAV

Em relação às estratégias de gestão das condicionalidades de saúde utilizadas pelos profissionais de saúde entrevistados constatou-se que todos possuem instrumentos que auxiliam no acompanhamento das famílias beneficiárias, por exemplo, planilhas e livros de anotação. Alguns desses instrumentos são elaborados pelos próprios profissionais ou retirados do sistema de registro do município (é possível extrair uma planilha por unidade de saúde que contém informações importantes como o nome dos beneficiários, número da identificação social-NIS, endereço e telefone). Os instrumentos são importantes para possibilitar a identificação das famílias e monitorar o acompanhamento dos seus membros a cada vigência, organizando dessa forma o processo de trabalho das equipes. Apesar da utilização de instrumentos percebe-se que, em alguns casos, não existe avaliação dos dados coletados, o que fragiliza o acompanhamento das famílias, visto que sem avaliação não é possível identificar, por exemplo, casos importantes de crianças ou gestantes com baixo peso, sobrepeso ou até obesidade.

No que concerne ao mecanismo de acesso das famílias identifica-se que são agendadas consultas, especialmente, de puericultura e pré-natal para as crianças e gestantes. Outra forma recorrente de ofertar acesso à unidade de saúde e realizar o acompanhamento é por meio de grupos e ações educativas direcionadas especificamente para os beneficiários. Os grupos de educação em saúde são estratégias importantes na abordagem utilizada pela ESF, entretanto o que parece acontecer, em alguns casos, são mutirões para captação mecânica dos dados

exigidos no acompanhamento dos beneficiários. Dessa forma, acaba ocorrendo a criação de um fluxo paralelo dentro das unidades de saúde direcionado para as famílias do programa, o que contraria a diretriz federal, estadual e municipal de incluir essas famílias na rotina de atendimento das unidades de saúde. A fala abaixo representa esse aspecto abordado:

Por exemplo, a gente faz o grupo, divulga, chama todos os beneficiários, aí faltam dez só ou quinze beneficiários, a gente vai fazendo segunda chamada aí às vezes faz só com a técnica, só pra poder pegar cópia da caderneta, pesar e medir. (Enfermeiro 1)

As ações não deveriam ficar restritas somente às condicionalidades de saúde. Os serviços de saúde poderiam desenvolver e ofertar às famílias beneficiárias atividades mais amplas que garantissem ações integrais de saúde a todos os membros da família. Apesar de alguns profissionais cumprirem o registro das condicionalidades de saúde de forma burocrática, algumas unidades realizam os grupos de saúde enfatizando a importância da vacinação, da realização do pré-natal, da saúde bucal, utilizando os espaços dos equipamentos sociais do território (creches, escolas, associação de moradores) além de integrar vários profissionais de saúde. Os trechos abaixo demonstram este aspecto:

E a partir dali a gente não fica só fazendo a pesagem e medição de altura, a gente não aborda só isso. A gente trabalha temas também voltados pra essas condicionalidades. O que é higienização, o que uma não higienização pode trazer para sua saúde né, uma boa alimentação que é importante você ter, qual a importância de uma unidade de saúde dentro da tua casa, porque você tem que ficar todo mês vindo pra consulta, qual a importância de não vir só criança, mas vir toda família porque de repente a doença que uma tem vai transmitir para o restante da casa e aí como é essa arrumação dessa casa né. Não adianta a gente olhar só pra um né, mas olhar de forma mais ampla. Então a gente tenta nesse espaço que é um espaço infelizmente curto que a gente tem, mas a gente consegue. (Enfermeiro 2)

Do nosso lado tem um dentista e a ASB (Auxiliar de Saúde Bucal) que faz a distribuição dos kits e faz a avaliação bucal. Então o que mais contribui são esses grupos específicos. Temos também a psicóloga que vêm uma vez por semana e temos essa oportunidade para direcionar as crianças que necessitam. (Responsável pelo PBF 1)

Uma questão recorrente presente na fala dos profissionais foi a não adesão das famílias aos grupos promovidos ou até mesmo as consultas agendadas nas unidades de saúde.

Identifica-se o incômodo que os profissionais sentem em ter que realizar diversas chamadas ou buscas ativas para que as famílias compareçam na unidade, destacando o não comprometimento dos responsáveis com a saúde e com o programa já que recebem o benefício monetário para, entre outras coisas, cumprirem as condicionalidades da saúde.

Adesão aos grupos, adesão as exigências que o programa faz como se fosse muito difícil trazer aqui para pesar e verificar a caderneta. As pessoas são difíceis de aderir. Eu acho que não tem nenhum sacrifício, pois você está recebendo um benefício. Eu acho um absurdo, mas a gente tem que fazer. A gente faz grupo na comunidade, a gente entrega convite, a gente faz assinatura de termo de responsabilidade. A gente faz na igreja, a gente faz na praça, a gente faz em qualquer lugar. Aquelas que não vêm, elas não vem mesmo aí a gente tem que ficar igual uma babá. (Enfermeiro 1)

Dificuldade de adesão por isso que a gente sempre realiza a busca ativa dessas famílias, por meio de educação em saúde, na rua mesmo indo divulgar, às vezes a gente pede para o ACS ir à família oferecer o KIT odonto. (Enfermeiro 3)

Entretanto, de acordo com a concepção do programa, a condicionalidade não cumprida seria um sinal de vulnerabilidade familiar e não de comportamento que deva ser punido. Essa questão também foi ressaltada também pelo dirigente municipal da saúde como uma dificuldade de gestão.

Uma outra dificuldade é fazer com que as pessoas compreendam que o benefício é um benefício que faz com que você lide com aquela família como uma família prioritária. Ela é prioridade no serviço, então ela deve ser procurada e a gente tem que fazer busca ativa dessas famílias que não procuram serviço porque elas são vulneráveis. “Ah, não veio aqui pesar, não veio aqui medir, não veio aqui tomar vacina, é culpa deles.”, não. São famílias vulneráveis, tem que fazer busca ativa, tem que ir atrás, tem que correr atrás. Essa é uma das dificuldades da gestão. (Dirigente SMS)

Alguns fatores podem explicar a dificuldade de adesão de algumas famílias. O primeiro deles pode ser a abordagem que recebem dos profissionais de saúde e as ações de saúde que lhe são ofertadas. O fato de alguns profissionais de saúde não compreenderem o modelo proposto pelo PBF cria resistências e obstáculos que podem contribuir para o pouco envolvimento das famílias. O segundo fator está relacionado às sanções da área saúde serem

menos frequentes do que as da educação, mesmo que a família esteja em descumprimento (essa questão foi ressaltada tanto pelos profissionais de saúde quanto da assistência social). O terceiro fator corresponde às famílias que não estão vinculadas a nenhuma unidade de saúde. Essas só terão repercussão sobre o benefício caso estejam vinculadas a algum estabelecimento de saúde e acessem o serviço em alguma vigência, caso contrário, podem ficar em descumprimento e não receber nenhuma sanção. Em outras palavras, beneficiários que nunca cumpriram as condicionalidades não são penalizados, em contrapartida aqueles que já cumpriram em alguma vigência e posteriormente não compareceram ao serviço de saúde recebem algum tipo de advertência. O fato da sanção da educação ser mais recorrente pode influenciar os beneficiários a desacreditar na importância das ações de saúde.

No tocante às estratégias de articulação intersetorial entre a saúde e a assistência social identifica-se que há uma relação distante na maioria das unidades. As ações relatadas se resumem a encaminhamentos para o CRAS quando a saúde tem alguma dificuldade ou dúvida referente ao Bolsa Família. Em algumas unidades o diálogo com o CRAS é estabelecido somente por meio do gerente da unidade, o que torna mais tênue a relação entre os profissionais dos dois setores. A insuficiência de diálogo entre tais setores, somada aos problemas relatados acima, pode fragmentar o processo de acompanhamento das condicionalidades da saúde, limitando o atendimento integral que deve ser direcionado à população mais vulnerável beneficiária dos programas sociais. A fala abaixo ilustra essa dificuldade de articulação:

Toda segunda-feira de manhã [a assistente social] fica na igreja católica aí ela pediu pra gente direcionar os pacientes pra buscar ela na igreja nesse espaço, só que nós mesmos não temos contato com ela, então se eu tiver alguma dificuldade não tenho essa ligação com ela pra estar repassando o caso. Então às vezes eu tenho que ligar para o Cras, ver se ela está lá, pra conseguir repassar a situação. O que a gente faz pelo menos ano passado ela fez isso, na segunda vigência do bolsa família, ela criou um grupo e nesse grupo ela reuniu todos do Bolsa Família, porque ela tinha que fazer uma atualização que a prefeitura pediu da parte dela, e aí a gente fez a nossa pesagem também. Mas foi uma coisa muito assim né “vocês fazem a sua parte e eu faço a minha”, não teve aquela ligação. (Enfermeiro 2)

Ainda sobre esse aspecto, alguns profissionais identificaram a necessidade de suporte e estratégias vindas da secretaria municipal que contribuam para a aproximação e articulação entre a saúde e assistência social, no sentido de facilitar o trabalho e o acompanhamento das

famílias beneficiárias. Além da questão intersetorial salientaram a necessidade de capacitação permanente e contínua em função da rotatividade dos profissionais da área da saúde, evidenciando que as equipes dirigentes do município ficam muito distantes das unidades de saúde, promovendo encontros pontuais e isolados. Corroborando essa necessidade relatada pelos profissionais, o dirigente municipal da saúde reconhece que isso é uma estratégia que precisa ser realizada com mais frequência, conforme evidenciado na fala abaixo:

Eu acho que eu – aí é uma crítica minha – preciso estar mais perto da gestão local, que eu fiz poucas reuniões com a gestão local, até para explicar o básico, quais são as condicionalidades e como acessar o sistema. (Dirigente SMS)

Considerando a organização da rede de saúde do município do Rio, supõe-se que o município deveria promover políticas públicas municipais mais integradas e o apoio para a educação permanente e a articulação entre os dois setores deveria ser promovido pela CAP (como mencionado anteriormente a CAP 3.1 está resgatando os encontros intersetoriais entre a saúde e a assistência social)

Chama-se a atenção para as unidades que não possuem todo o território coberto pela ESF. Uma das dificuldades dessas unidades está centrada na lógica do atendimento que ainda é muito fragmentado, na falta de equipamentos (como computadores com acesso à *internet*, já que o sistema de registro do PBF é *online*) e na falta de profissionais para realizar a busca ativa, especialmente das famílias faltosas. Em função desse último aspecto tais unidades acabam contando com o auxílio dos profissionais das equipes de saúde da família para realizar o acompanhamento das famílias. Destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde, que além de ser o elo com a comunidade tem como principal atribuição visitar a casa das famílias podendo, dessa forma, perceber aspectos que denotam maior vulnerabilidade em determinadas famílias. A fala abaixo ilustra o esforço feito nas unidades B para acompanhar famílias que não são cobertas pelas ESF:

A gente faz uma estratégia de guerra. Levamos uma balança portátil, fita métrica em determinados lugares. Escolhemos uma associação de moradores uma escola e quem participa é a Estratégia de Saúde de Família e o posto. A gente usa bem o pessoal da estratégia para isso ACS, administrativo. Nessa ação a gente mistura ESF e posto que é para pegar o lado do posto que não tem ESF. Quem dera se a gente pudesse ter a ESF para todo o bairro. Ajudaria muito porque a gente estaria vendo as

condições de vida, de moradia, porque saúde é tudo isso né, é emprego, é trabalho, é esgoto, é água essas condições todas dessas famílias e a gente estaria mais perto isso é que falta. (Responsável pelo PBF 2)

No que concerne à visão dos profissionais em relação aos Programas de Transferência de Renda, alguns dos entrevistados possuem um conjunto de opiniões que enfatizam os riscos de tais programas aprofundarem ainda mais a suposta situação de acomodação vivida pelos pobres, conforme pode ser visto nos trechos transcritos abaixo:

Por exemplo, a gente vê as pessoas que recebem, na maioria das vezes, pessoas carentes, que não tem condições de se sustentar e sustentar sua família, mas elas não pensam o programa como uma forma de tentar melhorar e arrumar um emprego. Elas vêem o programa como uma forma de sustento, sem preocupação de conseguir qualquer outra coisa e muitas vezes a gente ouve de vários pacientes aqui que “vou fazer mais filho pra ganhar mais dinheiro do Bolsa Família”. Então isso é uma coisa que eu não concordo, eu acho que o governo deveria trabalhar de uma forma diferente, entendeu? Deveria estimular, melhorar a educação, oferecer uma oferta melhor de emprego, um salário mais bacana e não dar dinheiro pra pessoa a troco de nada, só pra ela manter seus filhos vacinados e pesados. Então eu não gosto do programa, eu não concordo com ele. (Enfermeiro 1)

A minha opinião não é muito positiva, não. Acho que ao invés de ter o Bolsa Família, deveria ter um programa de emprego para a população. Acho que ajudaria mais. Sou mais da opinião de em vez “dar o peixe frito, dar a varinha para pescar”. (Enfermeiro4)

No entanto, evidências empíricas desmistificam os relatos acima. Um estudo realizado por Jannuzzi e Pinto (2013) demonstra que seja em termos de ocupação, procura de emprego ou jornada de trabalho, os indicadores são muito próximos entre beneficiários e não beneficiários do programa. Outro estudo confirma tais conclusões, indicando a ausência de evidências tanto de desincentivo ao trabalho quanto de incentivo à informalidade entre os beneficiários do programa (Barbosa; Corseuil, 2013). Em relação à suposição que o programa estimularia as famílias a terem mais filhos estudos também contrariam essa afirmação. A tendência da diminuição da fecundidade da população brasileira tem ocorrido em todas as faixas de renda, e a redução recente tem sido maior justamente entre os mais pobres. O ritmo

de queda também foi maior nos estados menos desenvolvidos e naqueles com maior presença percentual de domicílios que recebem o benefício do programa (Alves; Cavenaghi, 2013). Além disso, evidências revelam que as mulheres beneficiárias aumentaram a utilização de métodos contraceptivos (Jannuzzi; Pinto, 2013).

No que tange às condicionalidades, foco deste trabalho, os entrevistados da área da saúde consideram importante existência das contrapartidas no programa e reforçam que muitas famílias só vão à unidade pelo benefício monetário que recebem, conforme ilustram as falas abaixo:

Deveria ser uma coisa naturalmente da pessoa mesmo, você tem que procurar se cuidar né, prevenção que o objetivo da saúde da família é prevenir a doença. Então como é que você previne? Indo antes dela aparecer. Então eu acho que não deveria, mas infelizmente no Brasil para ter esse incentivo, o brasileiro é assim para poder funcionar você tem que incentivar com alguma coisa, se não tiver alguma coisa em troca para algumas pessoas. (Enfermeiro 5)

A sensação de nós que trabalhamos aqui é que eles só fazem porque precisam receber o dinheiro. E às vezes nós temos que implorar a eles para vir. (Enfermeiro 4)

Enfatizam também de forma recorrente a questão da pesagem das crianças e gestantes. Entretanto, tal informação, assim com a aferição da estatura, não são obrigatórias para que a família seja considerada como acompanhada no sistema do PBF, diferentemente das informações referentes à vacinação e pré-natal. A valorização desta informação (peso e estatura) pode demonstrar certo desconhecimento dos profissionais de saúde em relação ao programa ou o fato de que eles valorizam a oportunidade de realizar essa ação.

Identificou-se também que nem sempre os profissionais da saúde identificam as condicionalidades como estratégia de adesão aos cuidados de saúde de forma mais ampla. O contato com o serviço de saúde poderia ser capaz de proporcionar benefícios para além das condicionalidades. Todavia, alguns profissionais restringem o cuidado dessas famílias somente para as condicionalidades, além de centralizar as ações somente nos beneficiários com perfil saúde, já que esses devem ter acompanhamento obrigatório.

Eu acho que tinha que ser um acompanhamento de saúde para as crianças de forma geral, com consulta, não só pesagem porque eles só exigem as medidas em documento, mas isso não significa que aquelas crianças foram

consultadas mensalmente. Então eu acho que não faz uma boa avaliação. Eu acho que pode melhorar essas condicionalidades. (Enfermeiro 1)

Outra questão importante identificada é que alguns profissionais consideram as condicionalidades do programa muito básicas. Para tais profissionais as contrapartidas poderiam ser mais fortes no sentido de exigir mais por parte dos beneficiários. Ao serem indagados, alguns entrevistados consideram que as condicionalidades presentes no Cartão Família Carioca por serem mais rigorosas contribuem para o acompanhamento das famílias.

Eu acho até bom, porque o Bolsa Família fica muito geral, então a gente tem uma visão, mas é muito básica de peso e altura . Acho que veio para agregar, acho que foi bom. (Enfermeiro 2)

Então assim na proposta da ESF veio só somar entendeu? A consulta ser mensal, trimestral isso tudo está no CFC né mais fechado, se a gente fosse pensar como o BF começou bastaria trazer a caderneta a cada seis meses, fazer uma entrevista com a família. (Enfermeiro 6)

Apesar desse aspecto, é relevante destacar que alguns profissionais consideram que as informações exigidas no CFC já faziam parte da rotina do atendimento tanto das crianças como das gestantes, o que não teria trazido diferença para o acompanhamento das famílias. Cabe ainda apontar que alguns entrevistados não sabiam diferenciar as condicionalidades do PBF e do CFC, aspecto ressaltado pelo próprio dirigente municipal.

Em relação às estratégias de gestão utilizadas pelo Centro de Referência de Assistência Social, foi possível perceber a ausência de fluxos ou instrumentos definidos para o gerenciamento das condicionalidades da saúde. Por conseguinte ocorrem inúmeros problemas que acabam recaindo sobre os beneficiários. Um dos problemas identificados no fluxo está relacionado às gestantes e nutrizes. A responsabilidade de registrar essa informação no sistema pertence à unidade de saúde, entretanto constatou-se que muitos profissionais da saúde desconhecem essa atribuição, o que ocasiona orientação errada para as famílias. Outro problema está relacionado às famílias que são beneficiárias do PBF, mas ainda não aparecem no sistema de saúde (é sabido que há um atraso na migração dos dados de um sistema para o outro). Essas famílias, ao irem à unidade básica de saúde, ao invés de serem acolhidas e atendidas, são direcionadas ao CRAS para verificar o seu cadastro. Evidencia-se, portanto, que se houvesse um fluxo determinado para esses e outros possíveis casos muito desses entraves seriam minimizados.

Uma ferramenta de extrema importância na gestão das condicionalidades já mencionado anteriormente é o Sistema de Condicionalidades do PBF (SICON), que sempre foi gerenciado pela área da assistência social (sendo descentralizado apenas em 2014 para a saúde). Apesar de sua relevância, apenas duas assistentes sociais o enfatizaram como uma ferramenta importante no gerenciamento das condicionalidades, como pode ser visto nas falas abaixo:

O SICON dava para gente o benefício da dona fulana está bloqueado porque ela não cumpriu a vacinação no primeiro semestre de 2014 “Mas [...] está tudo aqui está tudo direitinho [na caderneta]”. Então nos tomávamos a decisão de tirar cópia e inserir essa informação no SICON para interromper esse bloqueio. Então a minha secretaria tem essa preocupação. [...] (Assistente Social 1)

Ai quando tem um cancelamento por conta de condicionalidade a gente agora está com o SICON que pode fazer a interrupção desse bloqueio, do recurso federal. Ai a gente entra no sistema e solicita a interrupção, porque é uma família que a gente coloca pra acompanhamento, ai a suspensão ocorre durante seis meses, podendo ser renovado por mais seis meses. Então a família pode ter o benefício ainda que descumprindo a condicionalidade, ela pode ainda receber por um ano até trabalhar com aquela família pra ver se ela supera as condições de suspensão. (Assistente Social 2)

No que concerne à gestão intersetorial das condicionalidades de saúde evidencia-se que há, na maioria dos casos, uma boa relação entre as unidades de saúde e o CRAS. Entretanto, as iniciativas locais de articulação são escassas, limitando-se a grupos ou reuniões, o que foi constatado também pelos relatos dos profissionais da saúde. Os grupos mencionados como estratégias de articulação -denominados grupos de convivência e fortalecimento de vínculos- já são desenvolvidos no cotidiano do CRAS e envolvem crianças, adolescentes ou idosos, sendo esses beneficiários ou não do PBF. Alguns desses grupos são desenvolvidos nos espaços das unidades de saúde com a integração dos profissionais das duas áreas (saúde e assistência social). Já as reuniões relatadas ocorreram a partir da integração das condicionalidades de saúde no programa CFC, em função de metas demandadas pela SMDS, direcionadas ao público beneficiário do referido programa.

[...] fazemos o acompanhamento familiar com os responsáveis dessas crianças, fazemos palestras e convidamos um responsável da saúde para

falar sobre higienização. Procuramos estreitar esse relacionamento. Há bem pouco tempo convidamos a dentista aqui do posto, que levou kits, falou sobre saúde bucal. (Assistente Social 1)

E nos serviços de convivência neste semestre, nós estamos falando de saúde. E aí nós convidamos os parceiros da clínica, na semana passada nós tivemos no serviço de convivência a equipe de dentistas aqui da clínica. Há uns dois meses atrás nós levamos um profissional que faz o preventivo, tem bastante adesão. (Assistente Social 3)

O que a gente fez no passado foi o trabalho juntamente com a saúde em função do Família Carioca, aí a gente fez reuniões com famílias do programa que necessariamente são beneficiários também do Bolsa Família, por conta dessa ampliação da condicionalidade da Família Carioca. Então foi um trabalho em conjunto em função do acordo de resultados feito pela prefeitura, que envolveu no Família Carioca a saúde também, porque a educação sempre foi envolvida desde o início do programa. A saúde foi incluída ano passado. (Assistente Social 2)

Percebe-se que a articulação intersetorial direcionada ao PBF ocorre ainda de maneira pontual, sendo decorrente do esforço individual de alguns profissionais ou por metas direcionadas (de maneira vertical) do nível municipal ao CRAS. É importante mencionar que, apesar de ocorrer de maneira pontual, alguns profissionais da assistência social tentam avançar mais na articulação intersetorial, quando comparado aos profissionais da saúde, propondo estudos de casos com a participação dos dois setores e palestras para os profissionais de saúde, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde, para que esses possam compreender melhor as diretrizes do programa. Todavia, os profissionais dos CRAS relatam que algumas dessas atividades são colocadas em prática por um curto período de tempo ou tem muita dificuldade em se concretizar.

Um dos obstáculos que pode dificultar a operacionalização das ações intersetoriais é a falta de recursos humanos dos Centros de Referência de Assistência Social, sendo esse o principal problema relatado por todos os profissionais da assistência social. Outra dificuldade bastante mencionada pelos profissionais diz respeito à grande quantidade de pessoas atendidas, o que acaba sobrecarregando os serviços, sobretudo em função da carência de pessoal. O quantitativo reduzido de profissionais, somado a grande demanda, não tem sido suficiente para garantir que toda população possa usufruir adequadamente dos serviços e ações sociais que assistência pode oferecer. Além da insuficiência de recursos humanos,

destaca-se a infratestrutura precária dos CRAS com a falta de material e equipamentos necessários para que os profissionais realizem seu trabalho diário. Os trechos seguintes são ilustrativos das questões apresentadas:

Os profissionais são muito bons e muito dedicados ao que fazem, mas nós temos pouquíssimos funcionários no CRAS pra atender a demanda. (Assistente Social 3)

A gente está há quase quatro meses sem internet aqui na sala, é um transtorno porque a gente tem que pegar ir lá na outra sala, pedir computador emprestado para pesquisar a vida toda da pessoa, depois vir para cá para atender. Tudo isso dificulta, porque quantas coisas a gente acessa pela internet para poder passar para o usuário em termos de recurso, de encaminhamentos. Quando você está com um computador com internet é outra coisa, você pode mapear mostrar para o usuário olha só “está acontecendo isso e isso aqui com você”. Porque a gente trabalha com várias políticas uma hora a cabeça vai falhar. São coisas que atravessam e dificultam nosso trabalho. (Assistente Social 4)

Entre os profissionais da assistência social evidencia-se que o Bolsa Família é compreendido, pela maioria, como um programa de extrema importância, pois beneficia as famílias pobres e extremamente pobres, além de garantir acesso às políticas públicas. Apesar da presumível aproximação desses profissionais com o programa e da sua melhor compreensão, ainda foi possível obter depoimentos que enfatizam a acomodação das famílias e a dependência financeira em função do programa como nos relatos encontrados na área da saúde:

Ao meu ver eu não entendo o programa com algo "saudável", porque a maioria dos que procuram o bolsa família querem a renda sem precisar trabalhar quando o objetivo deveria ser outro. Você sai daquele sufoco do momento, investe na sua capacitação profissional e aí sim você trabalha formalmente e libera esse benefício para outras pessoas. Mas a maioria procura como fonte de renda e não procuram se capacitar e até deixam de trabalhar com carteira assinada para não perder o benefício. (Assistente Social 4)

Uma questão de extrema importância mencionada de forma predominante entre as assistentes sociais diz respeito a não poderem gerenciar localmente o programa próprio do

município o Cartão Família Carioca. Além de não realizarem a gestão, tais profissionais não têm acesso a nenhum sistema referente a esse programa, o que ocasiona diversos entraves na rotina do trabalho, visto que em muitos casos não há respostas para as dúvidas e questionamentos dos beneficiários.

Apesar do Família Carioca ser um programa do município, a gente não tem acesso ao sistema Família Carioca, a gente só tem acesso ao Bolsa família, então a gente consegue visualizar quem foi a pessoa que está em descumprimento, aí a gente notifica, tem todo um formulário padrão pra isso, mas o Família Carioca não. (Assistente Social 2)

Todas as dúvidas pertinentes ao BF nós temos sistemas que nos dizem porque está bloqueado, nós temos sistemas que permitem que solicitemos o bloqueio dependendo do motivo. Então a gente gerencia nesse sentido. Agora o CFC nós não gerenciamos. (Assistente Social 1)

Como não gerenciam o programa municipal, não há a possibilidade dos assistentes sociais incluírem famílias pobres que já são acompanhadas pelo Bolsa Família no Cartão Família Carioca. Em função disso, evidencia-se certo desconforto dos profissionais que lidam diretamente com a parcela da população mais vulnerável do município e não conseguem exercer nenhum tipo de influência no processo de seleção dessas famílias. Os depoimentos abaixo demonstram a pertinência da questão aqui abordada:

Mas o que eu vejo é que muitas pessoas que deveriam ter sido contempladas não foram contempladas no primeiro momento, deixando muitas pessoas que estavam com situação de extrema vulnerabilidade de fora. Digo isso porque eu atendo aquela área de invasão de baixo do viaduto da linha amarela. E logo que o programa iniciou, nem todas as famílias dali foram contempladas e aquelas famílias vivem em extremas condições de vulnerabilidade. Essa é uma das críticas. (Assistente Social 2)

Agora a gente percebe também que existem muitas famílias que poderiam ser contempladas e que não foram. A gente sabe que foi um estudo da FGV (Fundação Getúlio Vargas) né o CFC, pautado numa série de informações como famílias com maior número de crianças, condições assim vulneráveis, com uma renda baixinha entendeu, mas assim existem muitas famílias que poderiam ser incluídas e não foram. Parou tem 2 anos. (Assistente Social 1)

O problema do cartão família carioca é que ele precisa ser reavaliado, não nos seus critérios, mas na base da folha de pagamento. Se eu não me engano cartão família carioca começou em dezembro de 2010 e se pegou a base do cad de julho desse mesmo ano e depois foi reavaliado em 2012, de lá pra cá não houve uma nova reavaliação. Obviamente existem novas famílias na base do cad hoje que também deveriam ser beneficiárias do cartão família carioca e outras não mais. (Assistente Social 3)

Conclui-se que as relações intersetoriais na gestão local das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família demonstraram-se frágeis no que concerne à interação entre saúde e a assistência social, exigindo maior coordenação entre os serviços de cada área. Para facilitar a construção dessas relações seria importante aumentar o envolvimento dos profissionais com o programa, melhorar as condições de trabalho e elevar o quantitativo de profissionais, especialmente na área de assistência social.

Considerações Finais

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo analisar a gestão das condicionalidades de saúde do PBF no contexto local do município do Rio de Janeiro, considerando os propósitos e diretrizes relativas às condicionalidades de saúde na política nacional, com particular destaque para as relações intergovernamentais e intersetoriais na gestão do programa.

Um dos pontos que merece destaque no estudo é a implantação de Programas de Transferência de Renda pelos governos subnacionais. A análise de tais programas permitiu constatar que as esferas possuem considerável autonomia para formular e implementar inovações no desenho dos programas locais. Nesse sentido, o estado e o município do Rio incorporaram características importantes, como a possibilidade de zerar o hiato de pobreza extrema, a utilização da renda estimada para selecionar as famílias beneficiárias e a definição de uma linha de extrema pobreza superior à linha adotada pelo governo federal.

O programa estadual Renda Melhor mostrou-se consoante com o programa federal ao utilizar um cartão compartilhado para realizar o saque do benefício, seguir o mesmo calendário de pagamento do PBF e, especialmente, manter as mesmas condicionalidades do PBF. Em contraposição, o programa municipal Cartão Família Carioca (CFC) utiliza um cartão específico para o pagamento do benefício e optou por implantar condicionalidades adicionais tanto na área da educação como na saúde.

A agenda de condicionalidades da área educacional do CFC é mais rigorosa do que a do PBF, já que eleva a exigência de frequência escolar para 90%, requer a presença dos pais nas escolas e inclui a possibilidade de premiação dos alunos pelo desempenho, de acordo com as notas alcançadas. Dessa forma, constatou-se que os idealizadores do programa municipal, especialmente na área educacional, adotaram uma lógica comportamental no desenho das condicionalidades, ao transferir grandes responsabilidades para as famílias e reforçar mecanismos de punição ou premiação vinculados ao comportamento dos indivíduos.

Neri (2010) argumenta que a agenda de premiar os alunos avaliando o seu desempenho está em concordância com a ideia de que os pobres devem ser motivados por incentivos e não penalizados pelos mesmos. Além disso, o autor afirma que a presença de condicionalidades mais rigorosas no Cartão Família Carioca poderia abrir as portas do mercado de trabalho para essas famílias mais vulneráveis.

Um dos pontos defendidos nesta dissertação é que o engajamento da família é

condição necessária, mas não suficiente para superar sua situação de pobreza, nem para determinar seu sucesso ou fracasso na sociedade. Nesse sentido, o que parece ser mais significativo é o investimento na qualidade do ensino público e a formulação de políticas de emprego adequadas para assegurar melhores oportunidades de inserção dessas famílias no mercado de trabalho.

As condicionalidades da saúde existentes no Cartão Família Carioca, apesar de serem mais rigorosas mantiveram uma relação com as ações de saúde que já são desenvolvidas pela Atenção Básica. Dessa forma, constatou-se que a integração dos programas nacional e municipal *per si* não trouxe dificuldades operacionais para a gestão e execução das condicionalidades do PBF, ao menos pelas equipes de saúde.

Entretanto, a implantação do CFC ocasionou entraves na rotina do trabalho das assistentes sociais, que em geral não conseguem responder as demandas das famílias relativas ao CFC (sejam as já incluídas ou as que solicitam inclusão), por não possuírem nenhuma gerência sobre os sistemas do referido programa. É importante fazer uma ressalva para o desconforto que tais profissionais sentem em relação a essa questão, especialmente por lidarem diariamente com famílias vulneráveis que necessitariam ser incluídas no programa. Nesses casos, os limites de governabilidade das assistentes sociais sobre a gerência do programa fragilizam alguns dos seus objetivos, entre eles, a possibilidade de zerar o hiato da pobreza extrema na cidade do Rio.

Assim, cabe considerar que os limites gerenciais impostos para as assistentes sociais pelo município fragiliza a implementação de um programa próprio integrado ao PBF. O distanciamento entre gestores e agentes implementadores locais influencia o desempenho e a efetividade desses programas e, por conseguinte o sucesso da política, que depende da boa interação entre formuladores, implementadores e o público alvo, conforme argumenta Viana (1996).

Ainda sobre o Cartão Família Carioca, cabe ressaltar que a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social priorizou o cumprimento de metas quantitativas de produção pelos Centros de Referência de Assistência Social da cidade do Rio (recolhimento de assinaturas dos beneficiários), quando poderia ter privilegiado ações sociais mais integrais que contribuiria na melhoria da atenção destinada à população carioca.

Nessa direção, Fonseca e Viana (2007) consideram que os Programas de Transferência de Renda podem se tornar mecanismos isolados de cumprimento das metas governamentais, amenizando em curto prazo algumas situações insatisfatórias, sendo difícil construir uma relação intersetorial com políticas e programas de outras esferas, distanciando-se assim da sua

proposta inicial de alterar as condições de pobreza da população em longo prazo.

No que se refere ao atendimento das famílias do programa, constatou-se que raramente ocorre uma abordagem integral da família, o que se distancia da diretriz nacional do PBF. Mediante as entrevistas, percebeu-se que as equipes de saúde direcionam o atendimento para as gestantes e crianças, o que limita a atuação do serviço de saúde junto às famílias do programa.

Verificou-se também, em alguns casos, que não existe um fluxo de atendimento claramente definido nas unidades de saúde que priorize as famílias consideradas vulneráveis. As ações muitas vezes se restringem ao registro das informações referentes às condicionalidades, quando poderiam incluir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, por meio da vigilância alimentar e nutricional, trabalhar temas como planejamento familiar, prevenção de doenças, aleitamento materno, entre outros. Mais do que isso, o contato com a família poderia ser uma oportunidade para promover o vínculo com a unidade, oferecer ações de saúde integrais e incentivar a continuidade do cuidado de acordo com as necessidades identificadas em cada situação.

Desse modo, a gestão das condicionalidades de saúde corre o risco de se transformar em uma ação administrativa e fragmentada ou reduzir-se a mera formalidade para assegurar transferência de renda, aspecto que foi evidenciado também no estudo realizado por Trevisani (2012).

As condicionalidades existentes no programa deveriam ser compreendidas pelos agentes públicos como oportunidades de enfrentamento do risco social vivenciado por essas famílias.

Diante disso, é importante que os profissionais de saúde reconheçam seu papel em um programa de transferência de renda, aumentem seu envolvimento com o Bolsa Família, objetivando reorganizar a oferta dos serviços de saúde para destinar de forma mais qualificada as ações de saúde para as famílias beneficiárias.

Ademais, no município onde as ações são implementadas é preciso avaliar a capacidade instalada de serviços sociais e de saúde, de prover recursos humanos, recursos materiais e infraestrutura adequada para o desenvolvimento das ações. Segundo Lagarde, Haines e Palmer (2007) o sucesso de um programa de transferência condicionada de renda no que concerne à melhoria das condições de saúde de famílias beneficiárias, dependeria da existência de serviços primários de saúde eficazes e de uma boa infraestrutura local dos serviços sociais.

Sobre esse aspecto é importante salientar que as unidades que não possuem todo o

território coberto pelas equipes de saúde da família (unidades tipo B) contam com os profissionais da ESF para auxiliar no acompanhamento das condicionalidades das famílias, inclusive daquelas que não são de sua responsabilidade. Além disso, a infraestrutura dessas unidades e a disponibilidade de equipamentos parece não contribuir no gerenciamento das condicionalidades, visto que não há disponibilidade suficiente de computadores com acesso à internet. No que diz respeito à área da assistência social destaca-se a insuficiência de recursos humanos, mencionada de forma predominante por esses profissionais, o que seria uma das principais dificuldades enfrentadas na operacionalização do programa. Além disso, alguns CRAS apresentaram também insuficiência de computadores com acesso à internet. Ressalte-se que os sistemas de informação das áreas da saúde e da assistência social operam *online*.

Os sistemas de informação do programa, especialmente o Cadastro Único, apesar de avanços, ainda dificultam o acompanhamento das condicionalidades na área da saúde. Diante dos diversos problemas apresentados, constatou-se a necessidade de uma maior articulação e agilidade entre os entes federados e dinâmicas intersetoriais mais cooperativas entre os setores da saúde e da assistência social para auxiliar no gerenciamento dos cadastros.

Apesar dos bons resultados do programa reconhecidos nacionalmente, a maioria dos profissionais da área da saúde relatou a dificuldade de adesão dos beneficiários. Alguns profissionais supuseram que as famílias só vão à unidade de saúde pelo benefício monetário que recebem em troca.

Com relação às visões sobre o programa e as condicionalidades da saúde, observamos que essas são bastante diferentes entre dirigentes e profissionais. O discurso de todos os dirigentes entrevistados tem um alinhamento de compreensão em relação aos propósitos do programa e das condicionalidades. Tais dirigentes reconhecem que o PBF e suas condicionalidades configuram mecanismos que podem garantir e reforçar o acesso a direitos sociais para as famílias mais vulneráveis. Além disso, reconhecem que o não cumprimento das condicionalidades é um sinal de vulnerabilidade familiar e não de um comportamento que deva ser punido. Especificamente, as condicionalidades da saúde são vistas como uma forma do setor saúde identificar e priorizar as ações para os beneficiários, realizando um acompanhamento mais próximo centrado na família.

Outro aspecto evidenciado foi a importância conferida pelos dirigentes para a coordenação intergovernamental e intersetorial, ressaltada como uma característica positiva presente no desenho do programa. Contudo, tais dirigentes reconhecem que ainda há fragilidades e limitações, sendo necessário estreitar os laços entre todos os setores envolvidos na gestão e execução do PBF.

Já entre os profissionais, observou-se a dificuldade de compreensão das equipes de saúde sobre o significado e a relevância do programa e das condicionalidades de saúde. Alguns profissionais de saúde, apesar de reconhecerem a importância do programa, baseiam-se em argumentos de risco moral e temem o presumível comportamento oportunista dos pobres. Entre os profissionais da assistência social, a maioria ressaltou a importância do programa e do seu objetivo de ampliar o acesso das famílias pobres e extremamente pobres aos direitos sociais básicos. Todavia, ainda foi possível obter relatos nesse grupo que enfatizaram a suposta dependência financeira e acomodação dos pobres em função do benefício do programa.

Estudos sobre o programa, no entanto, refutam argumentos como acomodação dos beneficiários, por exemplo, no sentido de melhorar as suas condições de trabalho ou remuneração (Campos Filho, 2007; Barbosa; Corseuil, 2013). Ao contrário, sugerem que o programa tem repercussões relevantes para além do aumento da renda isoladamente, como na situação de autonomia das mulheres beneficiárias (Rego; Pinzani, 2014). As pesquisas sobre condicionalidades na área de educação também sugerem alguns resultados positivos (Simões, 2012); já os estudos sobre repercussões das condicionalidades de saúde são escassos e pouco conclusivos no caso brasileiro.

Identifica-se como um limite desse estudo a ausência de relatos dos beneficiários do programa. Optou-se por entrevistar somente os dirigentes e os profissionais envolvidos com o programa em virtude da limitação de tempo para concluir a pesquisa.

Algumas questões merecem ser aprofundadas em estudos posteriores, configurando uma agenda de pesquisa futura. Segundo alguns autores, um programa nem sempre é implantado como foi planejado, pois tem sua execução influenciada por variáveis presentes no contexto local (Contandriopoulos et al., 1997; Denis; Champagne, 1997).

Sendo assim, é interessante investigar a gestão das condicionalidades da saúde em outros contextos, especialmente nos grandes municípios dada sua complexidade gerencial. Outro tema importante que poderia ganhar centralidade em novos estudos é a análise da qualidade do acompanhamento que tem sido ofertado pelos serviços de saúde para as famílias do programa.

Por fim, é necessário desenvolver estudos sobre a efetividade das condicionalidades na melhoria do acesso e das condições de saúde da população, o que fugiu ao escopo deste trabalho, visto que não estão totalmente claro se os esquemas de transferências de renda com condicionalidades podem proporcionar melhorias significativas nas condições de saúde e no estado nutricional dos beneficiários dos programas como argumentam Forde; Bell e Marmot

(2011).

Considerando que o programa federal tem como um dos objetivos ampliar o acesso a direitos sociais básicos de saúde e educação para romper com o ciclo intergeracional da pobreza nas famílias beneficiárias, diante da existência das condicionalidades, conclui-se que é importante avançar na reorganização das ações e no envolvimento dos profissionais, para que haja mais sinergia entre as condicionalidades de saúde do PBF e as ações de Atenção Básica. É essencial que as ações de saúde e sociais sejam ofertadas com qualidade para essas famílias, com o intuito de favorecer o desenvolvimento de capacidades dos indivíduos. O incremento das capacidades e bem-estar das pessoas é um pilar elementar para auxiliar a inserção das famílias pobres de forma plena e autônoma na sociedade com perspectivas permanentes de um futuro digno.

No entanto, o propósito de melhoria das condições de pobreza em longo prazo - um aspecto importante dos Programas de Transferência de Renda – chama a atenção para a necessidade de refletir criticamente sobre as possibilidades e limites desse tipo de estratégia diante das características mais gerais do modelo de desenvolvimento e do sistema de proteção social.

Nesse sentido, dados recentes sugerem que houve uma estagnação no ritmo de queda da pobreza que vinha ocorrendo na América Latina nos últimos anos. Em relação à pobreza extrema observa-se que vem ocorrendo um aumento no número de pessoas nessas condições a partir do ano de 2012. O número de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza na América Latina aumentou de 66 milhões em 2012 para 71 milhões em 2014. No Brasil, apesar de ter ocorrido entre 2012 e 2013 uma queda na taxa de pobreza de 0,6 pontos percentuais, observou-se um aumento na taxa de indigência de 0,5 pontos percentuais (Cepal, 2014).

Cabe considerar, que em política social, uma vez que se tenha trilhado um caminho por muito tempo, a mudança radical de trajetória com a superação de históricos problemas de pobreza e desigualdade se torna difícil com uma única estratégia, por melhor desenhada e implementada que seja (Campos Filho, 2007).

Assinale-se que mesmo que os Programas de Transferência de Renda possam ter efeitos positivos em termos da redução da pobreza aferida em termos de renda, eles podem ter efeitos limitados sobre outras dimensões da pobreza e sobre as desigualdades sociais em sentido mais amplo, se não forem adequadamente articulados a outras políticas econômicas e sociais.

Dessa forma, para que os Programas de Transferência de Renda avancem nos seus objetivos e sejam um eixo estruturante e potencializador no desenvolvimento social, é

fundamental a sua articulação com outras estratégias e programas da esfera federal e de outras esferas governamentais. Para Kerstenetzky (2013, p. 475) “os serviços universais de qualidade são a única garantia de que oportunidades sejam equitativas e efetivamente transformadoras das chances de vida das pessoas pobres.”

De fato, os programas de combate à pobreza devem estar conjugados com políticas distributivas e de caráter estrutural como forma de promover um desenvolvimento mais igualitário. Isso requer o fortalecimento de políticas sociais abrangentes com base na prestação de serviços universais de qualidade, como nas áreas de educação e saúde. No último caso, um caminho mais promissor do que a ampliação e gerenciamento de condicionalidades para as famílias pobres que recebem benefícios monetários, seria avançar na expansão dos serviços públicos e na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências Bibliográficas

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, p. 41–67, 2005.

AFONSO, J. R. Novos desafios à descentralização fiscal no Brasil: as políticas sociais e as de transferências de renda. **documento apresentado no XVIII Seminário Regional de Política Fiscal, Santiago**, v. 26, 2006.

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. O Programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Eds.). . **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: [s.n.]. p. 233–245.

ANDRADE, F. F. A institucionalidade da assistência social na proteção social brasileira. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n. 2, p. 19–44, 2011.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o dilema da intersectorialidade**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.

ARRETCHE, M. T. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **BIB: Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais**, v. 39, p. 3–40, 1995.

BAPTISTA, T. W. DE F. Seguridade Social no Brasil. **RSP**, n. 3, p. 99–119, 1998.

BARBOSA, A. L. N. DE H.; CORSEUIL, C. H. L. Bolsa Família, escolha ocupacional e informalidade no Brasil. In: CAMPELLO, T.; MARCELO CORTES NERI (Eds.). . **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. [s.l: s.n.]. p. 327–339.

BATISTA FILHO, M. et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira Anemia and obesity: a paradox of the nutritional transition in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Sup 2, p. S247–S257, 2008.

BETTO, F. A fome como questão política. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 48, p. 53–61, 2003.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional de Assistência Social/PNAS 2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005a.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005b.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Fome Zero: uma história brasileira**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010a. v. 1

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Bolsa Família – Cidadania e Dignidade para Milhões de Brasileiros**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010b.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Guia para Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010c.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Gestão de Benefícios do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010d. v. 1

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Gestão de Benefícios do Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010e. v. 2

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Plano Brasil sem Miséria**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Caderno do IGD - M. Manual do índice de gestão descentralizada municipal do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, [s.d.].

BRIGGS, A. The Welfare State in Historical Perspective. In: PIERSON, C.; CASTLES, F. G. (Eds.). . **The Welfare State Reader**. 2. ed. Cambridge: [s.n.]. p. 18–31.

BURLANDY, L.; LABRA, M. E. Redes de política no combate à fome e à pobreza: a estratégia Comunidade Solidária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1543–1552, 2007.

CAMPOS FILHO, A. C. **Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

CAMPOS FILHO, A. C.; VIEIRA, A. M. M.; MARTINS, L. G. Rio sem Miséria: uma experiência de cooperação federativa para a superação da pobreza extrema. **Debates Sociais**, p. 191–202, 2009.

CAVALLIERE, F.; VIAL, A. **Favelas na cidade do Rio de Janeiro: o quadro populacional com base n censo de 2010**. [s.l.] Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2012.

CECCHINI, S. et al. **Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos**. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2011.

CECCHINI, S. Transferências condicionadas na América Latina e Caribe: da Inovação à Consolidação. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Eds.). . **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. [s.l: s.n.]. p. 369–396.

CEPAL. **La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamento y Solidaridad**, 2006.

CEPAL. **Eslabones de la desigualdad: heterogeneidad estructural, empleo y protección social** Cepal, , 2012.

CEPAL. **Panorama social de América Latina**. [s.l.] CEPAL, 2014.

COHN, A. Saúde e Desenvolvimento Social1. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. supl 2, p. 41, 2009.

COHN, A. **Cartas ao Presidente Lula: Bolsa Família e direitos sociais**. Rio de Janeiro, Brazil: Pensamento brasileiro, 2012.

Constituição Federal. . 1988.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). . **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.

COSTA, P. V. DA; FALCÃO, T. O eixo de garantia de renda do plano Brasil sem Miséria. In: **O Brasil sem Miséria**. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014.

Decreto Federal. 1366. . 1995.

DENIS, J.-L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. DE A. (Ed.). . **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49–88.

DOS SANTOS, V. C.; VALE, M. R. O PROGRAMA CARTÃO FAMÍLIA CARIOCA COMO EXPRESSÃO CONTEMPORÂNEA DO PROCESSO DE ASSISTENCIALIZAÇÃO. 2013.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. **Núcleo de Estudos de Políticas Públicas: NEEP**, p. 1–51, 1993.

DRAIBE, S. M. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reforma dos programas sociais. **São Paulo em perspectiva**, v. 11, n. 4, p. 3–15, 1997.

DRAIBE, S. M. Uma nova agenda social na América Latina? Pontos de partida para a análise comparada dos sistemas de proteção social e suas mudanças recentes. In: SOLA, L.; LOUREIRO, M. R. G. (Eds.). . **Democracia, mercado e Estado: o B de Brics**. 1a edição ed. Rio de Janeiro, RJ, Brasil: FGV Editora, 2011. p. 249–288.

ESPING-ANDERSEN, G. As Três Economias Políticas do Welfare State. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, p. 85–116, 1991.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 625–641, 2008.

FAGNANI, E. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania ea caridade**. [s.l.] Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2005.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. DE V. C. (Eds.). . **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p. 25–57.

FONSECA, A. Los sistemas de protección social en América Latina: Un análisis de las transferencias monetarias condicionadas. **Documento presentado en Seminario Internacional sobre Transferencia Condicionada de Ingresos y Seguridad Alimentaria. Oficina Regional de FAO, Santiago**, p. 4–5, 2006.

FONSECA, A. M. M. DA; VIANA, A. L. A. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1505–1512, 2007.

FORDE, I.; BELL, R.; MARMOT, M. G. Using conditionality as a solution to the problem of low uptake of essential services among disadvantaged communities: a social determinants view. **American journal of public health**, v. 101, n. 8, p. 1365, 2011.

HANLON, J. **Just give money to the poor: the development revolution from the global south**. Sterling, VA: Kumarian Press, 2010.

IBGE. **Perfil dos municípios brasileiros: assistência social: 2009**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2010.

INSTITUTO CIDADANIA. **Projeto Fome Zero : uma proposta de segurança alimentar para o Brasil**, 2001.

JAIME, P. C. et al. Desnutrição em crianças de até 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: Análise Transversal e Painel Longitudinal de 2008 a 2012. In: **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. p. 64.

JANNUZZI, P. DE M.; PINTO, A. R. Bolsa Família e seus impactos nas condições de vida da população brasileira: uma síntese dos principais achados da pesquisa de avaliação de impacto do Bolsa Família II. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Eds.). . **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. [s.l: s.n.]. p. 179–192.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 11–22, 1998.

KERSTENETZKY, C. L. Aproximando Intenção e Gesto: Bolsa Família e o Futuro. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. p. 467–480.

LAGARDE, M.; HAINES, A.; PALMER, N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. **Jama**, v. 298, n. 16, p. 1900–1910, 2007.

LAVINAS, L. 21ST CENTURY WELFARE. 2013.

Lei Orgânica da Assistência Social. 8742. . 1993.

LÍCIO, E. C.; MESQUITA, C. S.; CURRALERO, C. R. B. Desafios para a coordenação intergovernamental do Programa Bolsa Família. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 5, p. 458–470, 2011.

LIMA, A. M. C. DE et al. O Desempenho do Setor Saúde no Acompanhamento das Condições do Programa Bolsa Família. In: **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. p. 64.

LIMA, D. M. DE C. **Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro: desafios da atenção primária numa grande cidade**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2014.

LINDERT, K. et al. The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. **World Bank**, 2007.

MACHADO, C. V. Desenvolvimento, proteção social e política de saúde: o Brasil no contexto latino-americano. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E. M.; IBAÑEZ, N. (Eds.). **Saúde desenvolvimento, ciência, tecnologia e inovação**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 65–98.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. DE. O Sistema Único de Saúde e o Programa Bolsa Família: Compromissos e desafios. In: **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. p. 64.

MAGALHÃES, K. A. **Integração entre o Bolsa Família e o Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos**. [s.l.] Universidade Federal de Viçosa, 2008.

MATTEI, L. Notas sobre programas de transferência de renda na América Latina. **Texto para discussão**, n. 10, 2010.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. **Novos Estudos-CEBRAP**, n. 79, p. 5–21, 2007.

MENEZES, F. et al. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. **Rio de Janeiro: IBASE**, 2008.

MENEZES, F.; SANTARELLI, M. **Da Estratégia “Fome Zero” ao Plano “Brasil Sem Miséria”: Elementos da Segurança Social no Brasil** Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, [s.d.].

MESQUITA, C. S. Contradições do processo de implementação de políticas públicas: uma análise do Programa Bolsa Família 2003 – 2006. **Escola Nacional de Administração Pública**, v. 57, n. 4, p. 465–487, 2006.

MINAYO, M. C. DE S. Contradições e consensos na combinação de métodos quantitativos e qualitativos. In: MINAYO, M. C. DE S. (Ed.). **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 54–76.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 6, p. 1453–1462, 2007.

MONNERAT, G. L. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do Programa Bolsa Família**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

MONTEIRO, I. R. **Integração de políticas sociais: um estudo de caso sobre o Bolsa Família**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2011.

MORENO, O. M. C. Transversalidad y coordinación de las políticas de estado en el federalismo. **Concurso del CLAD sobre Reforma del Estado y Modernización de la Administración Pública**, v. 20, 2007.

NERI, M. **Cartão Família Carioca: o Bolsa Família 2.0**. [s.l.] Conjuntura Social, 2010.

OIT. **World Social Protection Report**. Geneva: OIT, 2014.

OLIVEIRA, L. J. C. DE et al. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1039–1047, dez. 2013.

ONU. **The state of Latin American and Caribbean cities 2012: towards a new urban transition**. [s.l: s.n.].

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: Antecedentes e formas de inserção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 19–104, 2001.

PEREIRA, J. M. M. O Banco Mundial e a construção político-intelectual do “combate à pobreza”. **Topoi**, v. 11, n. 21, p. 260–282, 2010.

PORTO, M. F. S.; LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. M. H. Promoção da Saúde e Intersetorialidade: contribuições e limites da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 192–206, 2003.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, v. 382, n. 9886, p. 57–64, jul. 2013.

RAWLINGS, L. B. A New Approach to Social Assistance: Latin America’s Experience with Conditional Cash Transfer Programmes. **International Social Security Review**, p. 133–161, 2005.

REGO, W. G. D. L.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. [s.l: s.n.].

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?**. 1a. ed ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada.** Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública, 2009.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campos, 1979.

SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS-SEASDH; SUBSECRETARIA DE INTEGRAÇÃO DE PROGRAMAS SOCIAIS; SUPERINTENDÊNCIA DE RENDA DE CIDADANIA. **Guia de informações para a gestão municipal.** Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos, 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. **Carteira de Serviços. Versão Profissional,** 2011.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENNA, M. DE C. M. et al. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 10, n. 1, p. 86–94, 2007.

SILVA, R. R. DA; SENNA, M. DE C. M. Articulação intersetorial no âmbito do Programa Bolsa Família: a experiência do município do rio de Janeiro. **Saúde em debate**, v. 33, p. 98–111, 2009.

SILVA, M. O. DA S. E. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda.** 2. ed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2006.

SIMÕES, A. A. **The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil.** [s.l.] University of Sussex, 2012.

SOARES, F. V. et al. Programas de transferência no Brasil: impactos sobre a desigualdade. 2006.

SOARES, S. S. D. Distribuição de renda no Brasil de 1976 a 2004 com ênfase no período entre 2001 e 2004. 2006.

SOUZA, M. F. **Implementação municipal do SUAS - Sistema Único da Assistência Social: balanço das condições de gestão da assistência social em municípios do Vale do Paraíba.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília: Unesco-Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Representação no Brasil : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Governo Federal, 2009. p. 13–55.

SUPLICY, E. M. Programa Fome Zero do presidente Lula e as perspectivas da renda básica de cidadania no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 61–71, 2003.

TITMUSS, R. M. **Social policy.** New York: Pantheon, 1974.

TREVISANI, J. DE J. D. **Avaliação da Implementação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e seu papel no cuidado à saúde-estudo de caso do município do Rio de Janeiro.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2012.

TREVISANI, J. DE J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no município do Rio de Janeiro, RJ, Brasil em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 3, p. 375–384, 2012.

VANDERBORGHT, Y.; PARIJS, P. V. **Renda básica de cidadania: argumentos éticos e econômicos.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

VELLOZO, V. Comunidade Solidária há algo de novo no reino das políticas sociais? **Rev Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 49–70, 1998.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 30, n. 2, p. 5–43, 1996.

VIANA, A. L. D. Novos riscos, a cidade ea intersetorialidade das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 23–33, 1998.

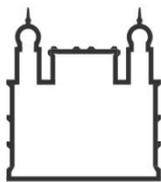
VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: Introduzindo o Debate. In: VIANA, A. L. D.; ELAS, P.; ILBAÑEZ (Eds.). . **Proteção social dilemas e desafios.** São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15–55.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Health care security: 20 years of the unified health system. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645–684, 2008.

VILLATORO, P. **Las transferencias condicionadas en América Latina: luces y sombras.**Cepal, , 2007.

XIMENES, D. DE A.; AGATTE, J. P. A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. **Inclusão Social**, v. 5, n. 1, p. 11–19, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Modelo para dirigente da área de Saúde ou de Desenvolvimento Social)

A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: Relações intergovernamentais e intersetoriais

Prezado participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado intitulada “*A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: Relações intergovernamentais e intersetoriais*”, desenvolvida por **Verena Duarte de Moraes**, discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dr^a. **Cristiani Vieira Machado**.

O objetivo geral do estudo é analisar a gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.

A sua seleção se deve à sua atuação na gestão do Programa Bolsa Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro semiestruturado de entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Caso você esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. No entanto, para minimizar os riscos de constrangimento que possam ocorrer durante a entrevista, você poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de pesquisa. Destaque-se que a análise dos resultados é de responsabilidade da pesquisadora.

Somente terão acesso às entrevistas a pesquisadora e sua orientadora. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. O seu nome não será divulgado, garantindo-se o sigilo de sua identidade por parte da pesquisadora. Entretanto, há um risco remoto de identificação indireta, visto que o tipo de cargo ou função ocupada será identificado (por exemplo: dirigente da Secretaria Municipal de Saúde ou da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social).

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será o de contribuir para a compreensão dos desafios relacionados à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. O único risco de sua participação se relaciona à possibilidade de identificação indireta em função do tipo de cargo ocupado, conforme já mencionado.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação e em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Verena Duarte de Moraes
Mestranda em Saúde Pública

Cristiani Vieira Machado
Orientadora e Pesquisadora DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel. – (21) 31376653 / (21) 82731219

E-Mail: moraes.veve@gmail.com

Endereço: Butuí nº 38 apt 201 Vila da Penha – Rio de Janeiro, RJ CEP: 21215200.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Os dados do CEP/ENSP para eventual contato são:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

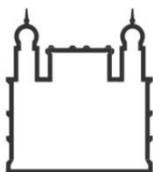
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

(Assinatura do participante da pesquisa)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Modelo para profissional da área de Saúde ou da Assistência Social)

A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: Relações intergovernamentais e intersetoriais

Prezado participante,

Você está sendo convidado para participar da pesquisa de mestrado intitulada “*A gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família: Relações intergovernamentais e intersetoriais*”, desenvolvida por **Verena Duarte de Moraes** discente de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dr^a. **Cristiani Vieira Machado**.

O objetivo geral do estudo é analisar a gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio de Janeiro.

A sua seleção se deve à sua atuação na rede básica de saúde e/ou de assistência social ao papel desempenhado na gestão operacional e/ou acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, análise documental e de bases de dados.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro semiestruturado de entrevista. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. Caso você esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. No entanto, para minimizar os riscos de constrangimento que possam ocorrer durante a entrevista, você poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

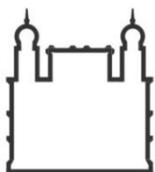
As informações obtidas por meio da entrevista serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de pesquisa. Destaque-se que a análise dos resultados é de responsabilidade da pesquisadora.

Somente terão acesso às entrevistas a pesquisadora e sua orientadora. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. O nome da unidade em que você atua não será identificado. O seu nome também não será divulgado, garantindo-se o sigilo de sua identidade por parte da pesquisadora. Entretanto, há um risco remoto de identificação indireta, visto que o tipo de unidade e o tipo de função ocupada serão identificados (Assistente Social/CRAS; Enfermeira/Clínica de Família; Assistente Social/ UBS).

O benefício relacionado à sua participação nesta pesquisa será o de contribuir para a compreensão dos desafios relacionados à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. O único risco de sua participação se relaciona à possibilidade de identificação indireta em função do tipo de cargo ocupado, conforme já mencionado.

Página 1 de 2

Rubricar -



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Os resultados desta pesquisa serão divulgados na dissertação e em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Verena Duarte de Moraes
Mestranda em Saúde Pública

Cristiani Vieira Machado
Orientadora e Pesquisadora DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel. – (21) 31376653 / (21) 82731219

E-Mail: moraes.veve@gmail.com

Endereço: Butuí nº 38 apt 201 Vila da Penha – Rio de Janeiro, RJ CEP: 21215200.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Os dados para contato com o CEP/ENSP são:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

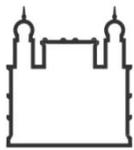
<http://www.enp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

(Assinatura do participante da pesquisa)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Apêndice C – Roteiro de entrevista (Modelo para profissional da área de Saúde ou da Assistência Social)

Para registro da pesquisadora:

Data e local da entrevista:

Nome:

Cargo ocupado/função:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

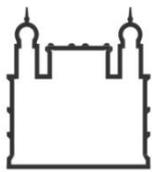
Formação profissional:

Tipo de vínculo no município (estatutário/OS/outro):

Tempo de atuação no município e na unidade atual:

- 1) Qual a sua visão sobre o Programa Bolsa Família?
- 2) Qual a sua visão sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 3) Quais são as estratégias adotadas pelas UBS/CRAS no gerenciamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família? (mecanismos, fluxos, instrumentos)
- 4) Como ocorre o acesso das famílias beneficiárias ao serviço de saúde/CRAS?
- 5) Que ações de saúde/sociais são oferecidas para as famílias beneficiárias com “perfil saúde”?
- 6) Como tem se dado a relação entre a UBS e o CRAS no que concerne às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 7) São desenvolvidas ações conjuntas entre a UBS e o CRAS no que concerne ao acompanhamento das famílias beneficiárias? Se sim, quais? Existem outras estratégias de articulação entre saúde e assistência social para apoio às famílias? Quais
- 8) Existem estratégias de articulação com outros setores para o acompanhamento das famílias beneficiárias?
- 9) Em sua visão quais são as responsabilidades do município, estado e governo federal na gestão das condicionalidades da saúde do PBF?
- 10) Em sua visão, como ocorrem as articulações do município com as outras esferas no que diz respeito à gestão das condicionalidades da saúde do PBF?
- 11) Qual a sua visão sobre o Programa de Transferência de Renda próprio do município o CFC?
- 12) Qual a sua visão sobre as condicionalidades da saúde do CFC?
- 13) Quais foram os maiores avanços do PBF no que diz respeito às condicionalidades de saúde?
- 14) Quais são as principais dificuldades encontradas no acompanhamento das famílias beneficiárias?
- 15) A seu ver, quais seriam as principais estratégias para a superação dessas dificuldades?

Considerações finais do entrevistado



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Apêndice D – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes municipais da área de Saúde e de Desenvolvimento Social)

Para registro da pesquisadora:

Data e local da entrevista:

Nome:

Cargo ocupado:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Formação profissional:

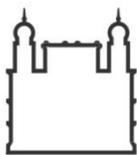
Tipo de vínculo no município (estatutário/OS/só cargo comissionado/ outro):

Tempo de atuação no município:

Questões:

- 1) Qual a sua visão sobre o Programa Bolsa Família?
- 2) Qual a sua visão sobre a existência de condicionalidades no Programa Bolsa Família? E sobre as condicionalidades de saúde?
- 3) Como ocorre a gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família no município do Rio?
- 4) Quais são as estratégias prioritárias adotadas na gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 5) Quais são as principais responsabilidades da SMS/SMDS na gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 6) Como tem se dado a relação entre a SMS e a SMDS no que concerne à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 7) Além do município, quais são as responsabilidades e atribuições das outras esferas de governo na gestão das condicionalidades da saúde do PBF?
- 8) Como tem se dado a relação da SMS/SMDS com os outros entes federados no que diz respeito à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 9) Qual a sua visão sobre o Programa de Transferência de Renda próprio do município o CFC?
- 10) Qual a sua visão sobre as condicionalidades da saúde do CFC?
- 11) Quais são os aspectos positivos e os avanços relacionados às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 12) Quais são as principais dificuldades na gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 13) A seu ver, quais seriam as principais estratégias para a superação dessas dificuldades?

Considerações finais do entrevistado



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Apêndice E – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes estaduais da área de Saúde e de Desenvolvimento Social)

Para registro da pesquisadora:

Data e local da entrevista:

Nome:

Cargo ocupado:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

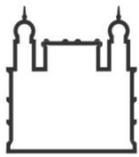
Formação profissional:

Tipo de vínculo no município (estatutário/OS/só cargo comissionado/ outro):

Tempo de atuação no município:

- 1) Qual a sua visão sobre o Programa Bolsa Família?
- 2) Qual a sua visão sobre a existência de condicionalidades no Programa Bolsa Família? E sobre as condicionalidades de saúde?
- 3) Tomando como base a sua experiência no estado do Rio, como se dá a divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo na **gestão do Programa Bolsa Família**? Quais são as principais responsabilidades da SES na gestão do PBF? Como se dão as relações e a articulação entre as esferas de governo na gestão do programa?
- 4) Quais são as responsabilidades das três esferas de governo no que concerne à **gestão das condicionalidades** do PBF? Quais são as estratégias de articulação entre as esferas de governo? Existem especificidades relativas à **gestão das condicionalidades da saúde** (em relação às da educação)?
- 5) Como ocorre a **gestão das condicionalidades da saúde** do Programa Bolsa Família no estado do Rio? Quais são as estratégias prioritárias adotadas na gestão das condicionalidades de saúde? Que destaque é dado a essa estratégia?
- 6) Como tem se dado a relação entre a SEADH e a SES no que concerne à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 7) Qual a sua visão sobre o Programa de Transferência de Renda próprio do município, o CFC?
- 8) Qual a sua visão sobre as condicionalidades de saúde do CFC?
- 9) Quais são os aspectos positivos e os avanços relacionados às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 10) Quais são as principais dificuldades na gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?
- 11) A seu ver, quais seriam as principais estratégias para a superação dessas dificuldades?

Considerações finais do entrevistado.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Apêndice F – Roteiro de entrevista (Modelo para dirigentes federais da área do MS/MDS)

Para registro da pesquisadora:

Data e local da entrevista:

Nome:

Cargo ocupado:

Tempo de ocupação do cargo/ função:

Formação profissional:

Tipo de vínculo no município (estatutário/OS/só cargo comissionado/ outro):

Tempo de atuação no município:

Início: Fale brevemente sobre sua trajetória profissional relevante, com destaque para os cargos ocupados no MDS

3) Qual a sua visão sobre o Programa Bolsa Família?

4) Qual a sua visão sobre a existência de condicionalidades no Programa Bolsa Família? E sobre as condicionalidades de saúde?

3) Tomando como base a sua experiência no MS/MDS, como se dá a divisão de responsabilidades entre as três esferas de governo na **gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família**? Quais são as principais responsabilidades do MS/MDS na gestão das condicionalidades da saúde PBF? Como se dão as relações e a articulação entre as esferas de governo na gestão do programa?

4) Existem especificidades relativas à **gestão das condicionalidades da saúde** (em relação à educação)? Quais são as estratégias prioritárias adotadas na gestão das condicionalidades de saúde? Que destaque é dado a essa estratégia?

5) Como tem se dado a relação entre MS e o MDS no que concerne à gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família? E a relação com outros ministérios?

6) Qual a sua visão sobre o Programa de Transferência de Renda próprio do município, o CFC?

7) Qual a sua visão sobre as condicionalidades de saúde do CFC?

8) Quais são os aspectos positivos e os avanços relacionados às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?

9) Quais são as principais dificuldades na gestão das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família?

10) A seu ver, quais seriam as principais estratégias para a superação dessas dificuldades?

Considerações finais do entrevistado