

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF**  
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CES**  
**PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL**

*Denise da Silva Erbas*

*Uma análise da intersetorialidade no cumprimento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família a partir das interfaces com o Programa Médico de Família de Niterói.*

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do grau de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciene Burlandy

Niterói, outubro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF  
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CES  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

*Uma análise da intersetorialidade no cumprimento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família a partir das interfaces com o Programa Médico de Família de Niterói.*

**Banca examinadora**

---

*Profa. Dra. Luciene Burlandy*

---

*Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna*

---

*Profa. Dra. Rosana Magalhães*

Niterói, outubro de 2010.

## **Dedicatória**

*Para meus eternos amores,  
Lena, Luiz, Livia e Marcelo.*

## **Agradecimentos**

Primeiramente à Deus,

À orientadora Luciene Burlandy, obrigado pela orientação segura, colaboração, paciência e por aceitar a invasão de privacidade;

À professora Mônica Senna, obrigado pela amizade e oportunidade de aprendizado durante o mestrado;

À professora Rosana Magalhães, agradeço por aceitar participar da avaliação desta pesquisa e pelas contribuições na etapa de qualificação;

Aos amigos do mestrado, principalmente a Fabielle, Emília, Suyane, Francisco e Érika, muito obrigada pela companhia nas horas de desânimo.

Aos professores do curso de mestrado, obrigado pela troca de experiências;

Às amigas Deise e Teca por acreditarem que seria possível e me ajudarem nas horas difíceis;

Aos amigos do PMF, obrigado pelo incentivo e pela torcida;

Aos companheiros de trabalho do PMF Grupo 3 Marilza, Vilma, Denise, Marcio, Mirians, Ana Porto, Anita e Sandra que tanto me acolheram nos momentos de stress;

Aos profissionais dos módulos do Cantagalo e às famílias beneficiárias do PBF que aceitaram participar do grupo focal, muito obrigado!

Aos funcionários do Núcleo Bolsa Família e DESUM, Ana Maria, Ana Cristina, Mariana e Gleice (minha prima redescoberta) pela receptividade e contribuição;

Aos meus familiares pelas palavras de incentivo, apesar de acharem que sou maluca;

Ao Vitinho, pela ajuda de última hora;

À minha amiga-irmã, meu cunhado e meus sobrinhos pela certeza de poder contar sempre com vocês;

À meus pais por me possibilitarem o começo e o recomeço da minha vida e caminhada;

Finalmente ao meu marido e minha filha, agradeço pela paciência, tolerância e compreensão nos momentos mais difíceis deste trabalho, e olha que foram muitos. Amo vocês!

## **Resumo**

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003 no Brasil, é uma estratégia de transferência condicionada de renda que tem como um de seus objetivos a promoção de ações intersetoriais e a sinergia entre as ações do poder público. Esse estudo analisou a experiência de articulação intersetorial entre a saúde e a assistência social a partir das interfaces entre o PBF e o Programa Médico de Família com base em estudo de caso realizado no município de Niterói, no bairro do Cantagalo. A coleta de dados pautou-se em: entrevistas semi-estruturadas com gestores e técnicos dos programas, integrantes do Comitê Intergestor do PBF e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); grupos focais com beneficiários do PBF e com profissionais de saúde do PMF que atendem diretamente as famílias beneficiárias; análise documental de legislações e documentos oficiais dos programas no período de 2009 e 2010. Os principais desafios para a intersetorialidade foram: a fragilidade na comunicação e no fluxo de informações dos programas; a localização institucional da coordenação do PBF no gabinete da prefeitura, que complexificou a cadeia de implementação do programa e dificultou a participação dos membros do Comitê Intergestor do PBF nas definições de prioridades e nas decisões em torno da utilização do IGD; o foco de atuação desse comitê limitado ao monitoramento das condicionalidades. No entanto, foram identificadas articulações entre técnicos dos setores da saúde e da assistência que favoreceram a interlocução entre os programas, além de iniciativas intrasetoriais. .

**Palavras-Chave:** Intersetorialidade, Programa Bolsa Família, Programa Médico de Família

## **Abstract**

The Bolsa Família Program, created in 2003 in Brazil, is a strategy of conditional cash transfer that has as one of its goals promoting intesectional actions and the synergy between the actions of the public power. This study analyzed the experience of intersectorial articulation between health and social assistance from interfaces between the PBF and the Médico de Família Program based in study of case accomplished in the municipality of Niterói, in the neighborhood of Cantagalo. The collect of data was based on: semi-structured interviews with managers and technicians of the program, members of the PBF's Intermanager Committee of the Social Assistance Reference Center (CRAS); focal groups with beneficiaries of PBC and with health professionals of PMF who directly attend the beneficiary families; documentary review of laws and official documents of the programs between the period of 2009 to 2010. The main challenges to intersectoriality were: the fragility in communication and in the flow of information of the programs; the PBF coordination institutional localization in the office of the prefecture, what problematized the program's implementation chain and complicated the Intermanager Committee's members participation in priority settings and decisions around the using of IGD; this committee's action focus is limited to monitoring conditionalities. However, there have been identified articulations between technicians of the health sector and the assistance sector, what favored the interlocution between the programs, besides intersectorial initiatives.

**Key words:** Intersectoriality, Bolsa Família Program, Médico de Família Program.

## SUMÁRIO

<b>Introdução.....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1 – Intersetorialidade: Interfaces entre saúde e assistência no âmbito do combate à pobreza .....</b>	<b>14</b>
1.1 – A intersetorialidade no âmbito das políticas públicas e sociais .....	14
1.2 – Ações de saúde e assistência e os determinantes sociais da saúde em contextos de pobreza.....	19
A multidimensionalidade da pobreza .....	19
Pobreza, iniquidades sociais e de saúde.....	22
1.3 – Os princípios da intersetorialidade e integralidade no SUS e no Programa Médico de Família em Niterói.....	25
O Sistema Único de Saúde e o princípio da integralidade.....	25
O Programa Médico de Família de Niterói e a intersetorialidade.....	27
1.4 – O Programa Bolsa Família e a Intersetorialidade.....	33
Programas de Transferência Condicionada de Renda no Brasil.....	33
O desenho operacional do Programa Bolsa Família e a intersetorialidade.....	37
<b>Capítulo 2 – Metodologia.....</b>	<b>49</b>
2.1 – O trabalho de campo.....	54
<b>Capítulo 3- O contexto local de implementação.....</b>	<b>58</b>
3.1 – Caracterização de Niterói .....	58
3.2 – A implementação do PMF em Niterói e na região de Cantagalo.....	63
3.3 – A implementação do PBF em Niterói.....	71
3.4 – Antecedentes históricos de gestão intersetorial.....	74
<b>Capítulo 4 – A construção da intersetorialidade – Interfaces entre o PBF e o PMF no cumprimento das condicionalidades.....</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo 5 - Considerações Finais.....</b>	<b>96</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>101</b>
<b>Legislação consultada.....</b>	<b>109</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>111</b>

## **Lista de figuras, quadros e tabelas**

### **Figuras**

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)	24
Figura 2 – Rede de Saúde de Niterói	66
Figura 3 - Quantidade de famílias no CadÚnico de Niterói, junho 2007	73

### **Quadros**

Quadro 1 - Critério de inclusão e valor do benefício do PBF	39
Quadro 2 - Condicionalidades do PBF, público alvo e período de acompanhamento.	40
Quadro 3 - Efeitos para a família com crianças ou adolescentes até 15 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa Bolsa Família	41
Quadro 4 - Efeitos para a família com adolescentes de 16 e 17 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa	42

### **Tabelas**

Tabela 1 - Distribuição da população cadastrada pelo PMF no bairro Cantagalo, segundo policlínica de abrangência, população total e percentual de cobertura, em 2009	69
Tabela 2 - Distribuição da população atendida pelo PMF Cantagalo I e II, total de família e médias de usuários, em 2009	70
Tabela 3 - Cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF, nas USF Cantagalo I e II – 1ª vigência 2010	70
Tabela 4 - Cobertura das famílias perfil saúde do PBF em Niterói, com base nas famílias totalmente e parcialmente acompanhadas	72



## **Lista de Siglas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde  
AM - Associação de Moradores  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAD Único - Cadastro Único de Programas Sociais  
CGPBF - Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição  
CNDSS - Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
CSDH - Commission on Social Determinants of Health  
DAB - Departamento de Atenção Básica  
DESUM - Departamento de Supervisão Metodológica  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
FMSN - Fundação Municipal de Saúde de Niterói  
GBT - Grupo Básico de Trabalho  
IDF - Índice de Desenvolvimento Familiar  
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano  
IGD - Índice de Gestão Descentralizada  
IGDE - Índice de Gestão Descentralizada Estadual  
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada  
IPF - Índice de Pobreza Familiar  
IPH - Índice de Pobreza Humana  
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social  
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome  
MEC - Ministério da Educação e Cultura  
MS - Ministério da Saúde  
NBF - Núcleo Bolsa Família  
NBRC - Núcleo de Benefício, Renda e Cidadania

NIS - Número de Identificação Social  
NOB - Norma Operacional Básica  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PBF - Programa Bolsa Família  
PGRM - Programa de Garantia de Renda Mínima  
PMF - Programa Médico de Família  
PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar  
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PSF - Programa Saúde da Família  
PTCR - Programa de Transferência Condicionada de Renda  
RMI - Renda Mínima de Inserção  
SEASDH/RJ - Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro  
SENARC - Secretaria Nacional de Renda e Cidadania  
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS - Sistema Único de Saúde  
USF - Unidade de Saúde da Família  
VIPACAF - Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

## INTRODUÇÃO

O presente estudo analisou a experiência de articulação intersetorial entre o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa Médico de Família (PMF) de Niterói, no cumprimento das condicionalidades da saúde.

A discussão sobre a intersetorialidade, no setor saúde, emergiu principalmente depois da Declaração de Alma Ata em 1978, como um componente essencial de qualquer estratégia destinada a melhorar a condição de saúde humana, pela complexidade dos seus determinantes. Vários países aceitaram esta Declaração bem como sua argumentação de que a Atenção Primária de Saúde constitui o alicerce para se alcançar níveis adequados de saúde para as populações. Porém, na falta de políticas de apoio à habitação, educação, trabalho, geração de renda e outros programas sociais, os objetivos da atenção primária não podem ser cumpridos e os condicionantes macro-sociais da saúde não são afetados.

A intersetorialidade constitui-se num dos principais pressupostos para a efetivação da mudança do modelo assistencial a partir do paradigma da promoção da saúde, estando presente há mais de quatro décadas no discurso internacional de planos e projetos de saúde. Alguns programas governamentais, como a Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde e o Programa Médico de Família (PMF) do município de Niterói são pautados nestes princípios e propõem um modelo diferenciado de assistência à saúde. O PMF vem sendo implementado nas regiões mais pobres do município, cuja população enfrenta dificuldades no acesso à bens e serviços públicos de uma forma geral. Portanto, a promoção da saúde neste contexto implica, dentre outros, em integrar as ações de assistência à saúde com políticas públicas e programas de combate à pobreza. No entanto, a implementação de ações intersetoriais é um processo complexo que envolve o enfrentamento de contradições, restrições e resistências por parte dos diferentes atores envolvidos. A intersetorialidade demanda a constituição de espaços de articulação de saberes e experiências, compartilhamento de poder, integração de recursos, democratização das relações e comunicação entre gestores, técnicos e usuários dos serviços. Portanto, por ser complexa, ainda não se encontra consolidada ou até mesmo suficientemente experimentada, tornando-se uma estratégia em construção.

O princípio da intersetorialidade não se coloca apenas para as políticas de saúde, mas vem balizando estratégias em diferentes campos de atuação, incluindo o combate à pobreza. Tanto a promoção à saúde quanto o combate à pobreza são questões complexas que demandam a ação integrada de diferentes setores de governo responsáveis por políticas distintas no âmbito da educação, saúde, habitação, trabalho e renda, dentre outros. No contexto brasileiro o programa Bolsa Família é a principal estratégia de combate à pobreza do Governo Federal, tendo como objetivo imediato a transferência condicionada de renda. A intersetorialidade se coloca como princípio estratégico para o programa, seja porque ele é fruto de uma unificação de programas de transferência de renda que eram implementados por diferentes setores de governo (educação, saúde e assistência social), seja porque prevê que programas de geração de emprego e renda, ações de saúde e educação sejam implementadas de forma integrada à transferência da renda em si. Além disto, o programa pressupõe a complementaridade nas ações públicas buscando a efetividade e a integralidade dessas ações no enfrentamento de questões sociais.

O interesse por este tema surgiu da percepção pessoal sobre as dificuldades de articulação intersetorial entre as políticas públicas de diversos setores da Prefeitura de Niterói, no cotidiano de atuação profissional. Nessa proposta de estudo a ênfase recai sobre os aspectos relacionados à construção do processo de intersetorialidade no âmbito do cumprimento das condicionalidades da saúde do PBF, em suas interfaces com o PMF, que envolvem especialmente as secretarias de saúde e assistência.

Os estudos sobre implementação de programas destacam diferentes dimensões que podem ser consideradas na análise, desde as estruturas organizacionais e institucionais, os procedimentos administrativos; as concepções e práticas dos atores no processo de mudança e a análise política (Hogwood & Gunn, 1984). Considerando estas questões este estudo analisou aspectos da estrutura política e institucional que condicionam a implementação dos dois programas (PBF e PMF)- espaços institucionais que potencialmente aproximam os atores envolvidos com os programas, instrumentos de gestão, mecanismos e processos de articulação intersetorial.

Analisou-se de que forma o desenho operacional dos programas em pauta abordam a questão da intersetorialidade, a partir de normas, portarias e documentos governamentais, legislação existente. Embora os documentos oficiais sejam referências importantes para a análise, considerou-se que a dinâmica de interação entre os atores no nível local redesenha os programas no curso do processo de implementação. As relações que se estabelecem neste plano são condicionadas por conflitos, divergências e convergências de interesses, acesso destes atores à diferentes tipos de recursos (informações, infra estrutura, recursos financeiros), concepção dos atores sobre os programas e seus princípios, dentre outros. Entendendo a importância de compreender esta dinâmica que se processa no contexto local, o estudo pautou-se na metodologia de Estudo de Caso. Becker (1999) e Yin (2004) mostram que esta metodologia é uma estratégia adequada às investigações que buscam aprofundar uma dada realidade, sendo bastante favorável à compreensão de processos e situações sociais complexas.

Como estratégias de construção de dados foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos de governo (profissionais de saúde e assistência) vinculados aos programas além de grupos focais com famílias beneficiárias do PBF e com profissionais do PMF Cantagalo I e II.

O local escolhido para desenvolver este estudo foi a Unidade de Saúde da Família do Cantagalo I e II (Haidée Santamaría), localizadas na região de Pendotiba, no município de Niterói, que atende cerca de 5800 pessoas em 03 comunidades (Morro do Cantagalo, Frei Orlando e Biquinha). Estas comunidades são constituídas por uma população de estratificação social baixa, residente em aglomerados urbanos de alta densidade populacional, em áreas de risco identificado, ou seja, situadas em encostas ou com precária infra-estrutura sanitária.

As principais questões que nortearam o estudo foram:

- Como o princípio da intersetorialidade vem sendo ou não implementado neste contexto, no âmbito das interfaces entre o PBF e PMF? A partir de que espaços institucionais, mecanismos e processos vêm ocorrendo ou não esta articulação?
- Quais os fatores que favoreceram e constrangeram a articulação entre os setores na visão dos atores em pauta?

Norteadas por estas reflexões, o estudo foi estruturado em cinco capítulos além da Introdução. O primeiro capítulo aborda as relações entre pobreza, saúde, determinantes sociais de saúde; as relações entre política social e política de saúde e os princípios da integralidade e intersetorialidade no SUS; os Programas de Transferência de Renda, o Programa Bolsa Família e a relação entre as condicionalidades e a intersetorialidade; e o Programa Médico de Família de Niterói. O segundo capítulo apresenta a metodologia geral do estudo e as etapas da pesquisa. O terceiro capítulo descreve o contexto local de implementação caracteriza a cidade de Niterói e a região de Cantagalo, o PBF e o PMF neste cenário e os antecedentes históricos de gestão intersetorial em Niterói. O quarto capítulo analisa a construção da intersetorialidade a partir das interfaces entre o PBF e o PMF, especialmente no cumprimento das condicionalidades da saúde. Por último, no quinto capítulo apresentamos as considerações finais do estudo.

## **CAPÍTULO 1 – Intersetorialidade -Interfaces entre saúde e assistência no âmbito do combate à pobreza**

### **1.1 – A intersectorialidade no âmbito das políticas públicas e sociais**

A idéia da intersectorialidade ganhou destaque com a constatação da fragmentação e sobreposição das ações no campo das políticas e programas sociais. A intersectorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem para alcançarem uma abordagem mais complexa dos problemas, e para potencializar uma dada ação ou efeito de uma política (Junqueira e Inojosa, 1997). Nesse processo, os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros.

A intersectorialidade se processa em meio às políticas públicas e está relacionada ao enfrentamento de problemas reais. Pressupõe a articulação de sujeitos de setores sociais diversos para enfrentar problemas complexos e constitui-se numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais a fim de produzir efeitos mais significativos na resolutividade desses problemas, ou seja, a intersectorialidade descobre novos caminhos para a execução das ações (Junqueira, 1999). Como um meio de intervenção na realidade social, impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e articular saberes e experiências, estabelecendo um conjunto de relações, construindo uma rede. É uma nova forma de atuar e, justamente por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura das organizações gestoras das políticas sociais. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses, e para que as mudanças ocorram são necessárias alianças entre os atores sociais envolvidos no processo.

Vale ressaltar que a perspectiva da intersectorialidade não pretende substituir as estruturas setoriais existentes. Por outro lado, implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar e estabelecer vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população. Baseia-se na lógica de definição democrática de problemas prioritários, na construção

compartilhada de estratégias de intervenção, na utilização de recursos existentes em cada setor de modo mais eficiente e na viabilidade política com decisão supra-setorial. Necessita de conhecimentos, habilidades e compromisso dos vários setores envolvidos no processo, fazendo com que haja otimização de recursos e de tempo no desenvolvimento das ações propostas (Bronzo, 2007; Rede Unida, 2000; Buss, 2007; Burlandy, 2004).

Vários fatores dificultam a efetivação da intersetorialidade, tais como: os interesses político-partidários; o domínio de determinados setores em detrimento de outros; a divisão de recursos financeiros; e o envolvimento dos profissionais que atuam diretamente com as ações, os quais, na maioria das vezes, não entendem o objetivo da proposta de intersetorialidade. Para Junqueira *et all* (1997), da mesma forma que a descentralização, a intersetorialidade também não oferece garantia automática de desenvolvimento social, mas pode colaborar na promoção da inclusão social, atendendo de forma sinérgica as necessidades dos cidadãos. “A vinculação da descentralização das políticas públicas à intersetorialidade constrói uma nova forma de orientar a institucionalidade pública” (Coelho, 2009:13).

Para Campos (2000), a ação intersetorial, como um processo organizado e coletivo, envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças, na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir. Além disso, pressupõe também a formulação de programas integrados e a construção pactuada de orçamento e gestão.

A intersetorialidade ganha consistência quando as necessidades dos grupos populacionais em determinado território impõem que os mesmos se articulem em busca de soluções em diversos setores. Nesse processo, a população passa a ser considerada sujeito, e não objeto de intervenção, assumindo um papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e na sua solução, articulando saberes e experiências no âmbito do planejamento, da execução e avaliação das ações (Junqueira, 1999). Dessa forma, muda-se a lógica da política social delineando-se a construção de um projeto social com base na prática intersetorial, que privilegia a negociação.

Em países em que existe profunda desigualdade social e que já se tenha avançado no processo de democratização, a intersetorialidade tem o potencial de se



converter em estratégia democratizadora, possibilitando novos espaços de participação, surgimento de novos sujeitos sociais, o investimento no processo de empoderamento e a inclusão de novos atores sociais nas decisões políticas e na gestão dos espaços públicos.

No âmbito da recente trajetória da intersetorialidade nas políticas públicas, Coelho (2009, p.13), ressalta que “no Brasil e na América Latina, em meio ao debate que envolvia a construção de alternativas de intervenção social com perfil descentralizado e ampliação da participação social, teve início o Movimento por Cidades Saudáveis<sup>1</sup>”. Este tinha o intuito de motivar governos e sociedade civil a desenvolver estratégias em diversos setores das políticas sociais, com a implementação de projetos interinstitucionais e intersetoriais, visando realizar ações de melhoria das condições de vida e saúde da população urbana. Portanto, sua concepção está ligada ao ideário da “produção social da saúde” e, a equidade e a qualidade de vida são o objeto e a finalidade deste projeto.

No Brasil, sob a denominação de “Municípios Saudáveis”, este movimento tem visibilidade a partir do final da década de 80, e principalmente nas escolas de Saúde Pública do país, em meados dos anos 90, entendendo os municípios como o lugar privilegiado para a implementação de estratégias de promoção da saúde incorporando um conjunto de ações intersetoriais. Isto foi reconhecido oficialmente na lei 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS, e pelo movimento do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Assim como Westphal e Mendes (2000), que destacam as experiências exitosas de Fortaleza e Curitiba, Andrade (2006) afirma que estas cidades demonstraram que a proposta de Municípios Saudáveis é possível e eficiente, mas que só é viável politicamente desde que haja dirigentes estatais comprometidos com a causa social e com a qualidade de vida da população, para então alcançar um desenvolvimento econômico e social mais igualitário. Entretanto, cabe ressaltar a fragilidade dessas experiências, visto que há uma contradição básica entre a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela lógica das administrações municipais centralizadas, setorializadas e, portanto, competitivas. Há também ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e o predomínio da racionalidade médica nas arenas da saúde.

---

<sup>1</sup> Movimento Cidades Saudáveis disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva>

Desta forma, para que haja implementação de políticas públicas destinadas a enfrentar problemas complexos é necessária decisão suprapartidária, que expresse um pacto mais amplo entre os atores para além dos objetivos setoriais específicos. Este tipo de decisão se operacionaliza nos planos institucional, programático e orçamentário, ou seja, em lócus suprapartidários com políticas e programas desenhados de forma integrada, inclusive do ponto de vista orçamentário e de gestão.

A intersetorialidade também pode qualificar e redimensionar as ações setoriais pré existentes. Para isso, segundo Burlandy (2004), a articulação intersetorial pode se dar de diferentes formas, seja pela existência de espaços de interação cotidiana entre os atores, conselhos integrados por diferentes lideranças setoriais de diversos níveis. Formas mais orgânicas de articulação pressupõe um planejamento integrado de ações pautado em indicadores pactuados pelos diversos setores, de forma a acompanhar a evolução do processo e avaliar o impacto das ações implementadas pelo conjunto de setores envolvidos.

Para Junqueira (2004), a qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Nessa perspectiva, Coelho (2009), destaca que através da intersetorialidade podem-se trabalhar demandas e interesses sociais coletivos de forma sinérgica, onde territórios com necessidades sociais comuns podem ser beneficiados pela articulação e integração de ações políticas, sejam elas locais, regionais, nacionais ou internacionais, voltadas para seus cidadãos. Porém, a ação intersetorial não pode deixar de incorporar o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações, tendo como perspectiva os resultados que devem mudar a qualidade de vida desses cidadãos.

Em uma análise do processo de intersetorialidade, Burlandy (2004), destaca que o planejamento conjunto e pactuado de um projeto que tenha amplos objetivos e que envolva diferentes setores, deve incluir a “identificação de determinantes-chaves das situações apresentadas e a formulação de intervenções estratégicas que transcendem as ações setoriais e impactam diferentes dimensões do problema. Conseqüentemente, os recursos são alocados em função dessas prioridades num processo que é, simultaneamente, técnico e político”.

Os problemas sociais que incidem sobre uma população são bastante complexos, tornando-se necessário integrar diversos atores sociais e organizacionais na gestão das políticas, de forma a privilegiar a ação intersetorial, construindo assim uma rede de colaboração entre ações sociais. Entendendo que a rede social não é apenas a construção de vínculos, mas também uma maneira de analisar e de compreender a realidade social, ela pode resultar em um saber intersetorial, ou mesmo transsetorial, ou seja, que vai além das relações intersetoriais na construção de novos saberes (Junqueira, 2000).

Para Inojosa (2001), as redes sociais devem ser uma verdadeira rede de compromissos, onde os diversos atores se articulam em torno de uma questão da sociedade, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam juntos os resultados e reorientam a ação.

Nesse sentido, esses dois processos (a intersetorialidade e as redes sociais) podem vir a dar eficiência e eficácia à gestão das políticas sociais, exigindo mudanças na lógica da gestão das organizações sociais, com vistas a atender os interesses coletivos (Junqueira, 2004).

Muitas das iniciativas intersetoriais têm partido ou contam com uma participação ativa importante de atores oriundos do setor saúde. De modo geral, percebe-se que a consciência das limitações da ação setorial está mais clara neste setor. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença, a percepção muito clara do impacto de ações não especificamente setoriais sobre a saúde (saneamento básico, urbanização, por exemplo) e da impotência setorial, fazem com que o setor saúde esteja mais mobilizado em propor a ação e a articulação intersetorial. Há, no entanto, muito que avançar em vários aspectos dentro da própria saúde e de sua articulação com os demais setores. Para isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1999) destaca que a ação intersetorial demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas, sobretudo receptividade. Neste sentido, caberia ao setor saúde responder as convocatórias de outros setores e participar de instâncias de ação intersetorial além de pautar suas ações num *pensamento intersetorial* e estabelecer formas de *coordenação intersetorial* para concretizar *projetos intersetoriais*.

## **1.2 - Ações de saúde e assistência e os determinantes sociais da saúde em contextos de pobreza**

Este estudo aborda dois programas que atendem a segmentos populacionais submetidos a condições adversas de vida, seja pela baixa renda e por residirem em regiões de acesso precário a bens e serviços públicos. Portanto, cabe analisar brevemente as interações entre as condições de vida, pobreza e saúde que afetam o cotidiano de vida da população usuária destes programas no sentido de identificar posteriormente quais destes aspectos são contemplados no desenho operacional dos programas.

### **A multidimensionalidade da pobreza**

Quando o tema “pobreza” é abordado, é recorrente relacionar os pobres apenas àqueles que não dispõem de recursos monetários necessários à sua sobrevivência. Porém, nos últimos anos a noção de pobreza tem incluído dimensões importantes sobre a vida das pessoas, não ficando limitada apenas à esfera da disponibilidade de renda, a qual pode esconder outras fontes de privação (Lima, 2005).

A pobreza é um conceito composto por múltiplas dimensões, e vários autores parecem concordar com este fato. Monteiro, 2003, por exemplo, destaca que a pobreza corresponde à condição de não satisfação de necessidades humanas elementares como alimento, abrigo, vestuário, educação, assistência à saúde, entre outras. Já Barros *et all*, 2003, afirma que a pobreza se refere a situações de carência em que os indivíduos não conseguem manter um padrão mínimo de vida condizente com as referências socialmente estabelecidas em cada contexto histórico.

Existem várias formas de se conceituar pobreza, podendo-se levar em conta a desigualdade na distribuição da renda (pobreza relativa) e as condições mínimas de sobrevivência (pobreza absoluta). Segundo Sabóia (2006), a noção de pobreza relativa se baseia na comparação entre os estratos populacionais, e utiliza indicadores de desigualdade de renda como o Coeficiente de Gini<sup>2</sup>. A mensuração da pobreza relativa

---

<sup>2</sup> Parâmetro internacional usado para medir a desigualdade de distribuição de renda entre os países. Varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 0 menor é a desigualdade de renda de um país, e quanto mais próximo de 1 maior a concentração de renda. Segundo o IPEA, o Brasil apresentou uma queda surpreendente no coeficiente de Gini em 7,6%, entre março de 2002 e junho de 2009, ou de 0,534 para 0,493. Porém ressalta que qualquer número acima de 0,4 indica desigualdade acentuada.

é, portanto, mais um problema de equidade social, estando associada ao desenvolvimento de políticas para a redução das desigualdades sociais e a criação de mecanismos compensatórios para as diferenças mais extremas de riqueza, condições de vida e oportunidades. Para a autora, no que diz respeito à pobreza absoluta, duas abordagens não mutuamente excludentes podem ser observadas: *necessidades básicas* e *linha de pobreza*.

Sendo assim, Crespo e Gurovitz (2002), destacam que, para o estabelecimento dos limites de pobreza pode-se utilizar diferentes enfoques, quer sejam o biológico, o das necessidades básicas ou o dos salários mínimos. No enfoque biológico a linha de pobreza é definida a partir das necessidades nutricionais mínimas, definindo-se o valor aproximado da renda a ser gasto com a alimentação. Por básicas entendem-se necessidades como alimentação, moradia, vestuário e serviços essenciais: água potável, saneamento, transporte público, serviços de saúde e escolas. Já o enfoque dos salários mínimos lida com a idéia de que exista um salário mínimo oficial que deve ser uma boa aproximação do montante em dinheiro necessário para o nível de vida mínimo. Portanto, identificam-se nesta abordagem sobre pobreza alguns fatores condicionantes que tem interface com a saúde.

Na opinião de Amartya Sen, um dos estudiosos contemporâneos mais atuantes na área de pesquisa referente à pobreza e desigualdade social e ganhador do Prêmio Nobel da Economia de 1998, riqueza, representada pela posse de bens, não se traduz em bem estar. A pobreza tende a ser vista, numa concepção mais atual, como privação do bem estar não somente pela insuficiência de renda, mas também em função de carências diversas em termos nutricionais, habitacionais, educacionais, de saúde, acesso a bens de consumo e participação social e política. Para Sen (2000), não se pode estabelecer uma linha de pobreza e aplicá-la a todos da mesma forma, sem levar em conta as características e circunstâncias pessoais. Dessa forma, o conceito de pobreza deve ser definido e mensurado de modo a incluir não apenas a sua dimensão econômica, mas também os aspectos social, cultural e biológico.

A construção do conceito multidimensional da pobreza foi acompanhada, também, de esforços no sentido de construção de indicadores. A compreensão pobreza como um fenômeno multidimensional demanda indicadores que não se limitem apenas à questão da renda. Vale ressaltar que, indicadores sociais são medidas estatísticas que

resumem aspectos importantes sobre as condições de vida das pessoas. O acompanhamento da evolução desses indicadores permite perceber e avaliar as mudanças que ocorrem na sociedade, analisar se as políticas públicas implementadas estão sendo eficazes, além de identificar os locais e segmentos da população que necessitam de ação prioritária de programas e políticas governamentais. Dentre os indicadores de pobreza de áreas geográficas, os mais utilizados são o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), e o IPH (Índice de Pobreza Humana).

O IDH é um indicador utilizado na comparação do grau de pobreza no mundo entre diversos países, e é calculado abrangendo a longevidade dos indivíduos, seu grau de conhecimento e a renda *per capita*, possuindo assim, três dimensões (saúde, educação e renda), e quatro indicadores (expectativa de vida ao nascer, taxa de analfabetismo, taxa de matrícula e renda *per capita*). O IPH serve como indicador da taxa de pobreza existente em determinado país, e considera três variáveis, a saber: a esperança de vida até os 40 anos, taxa de analfabetismo em adultos e a falta de acesso aos serviços públicos e privados, como acesso a serviços de saúde e água potável, e percentual de crianças menores de cinco anos.

Diversos índices municipais escalares de pobreza, que contemplam a saúde como dimensão constitutiva, passaram então a ser construídos e divulgados por várias instituições e pesquisadores, seguindo a metodologia de agregação do IDH, porém abarcando um número maior de dimensões e indicadores. É o caso do Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF), e do Índice de Pobreza Familiar (IPF) que foram desenvolvidos a partir da Pesquisa Nacional de Amostras Domiciliares (PNAD), com o objetivo de sintetizar as dimensões relevantes da pobreza e sua expressão nas famílias, e possuem 6 dimensões<sup>3</sup>, 26 componentes e 48 indicadores. (Silva; Barros, 2006).

Pode-se argumentar que as várias medidas multidimensionais apresentadas até o momento, tiveram como base o conceito de pobreza como um processo de privação de capacitações. O que se tem buscado nesse campo de debate, é uma maior clareza em termos de quais dimensões nas quais as pessoas apresentam maiores privações, e uma definição dessas dimensões no que diz respeito ao adequado modo de viver. No entanto, deve-se ter cuidado ao atribuir valores a estas dimensões, pois dependendo do contexto, o que pode ser considerado privação para uns, pode não ser para outros.

---

<sup>3</sup> As dimensões do IPF são as mesmas sintetizadas no IDF.

No Brasil, a construção da linha de pobreza considerando o critério de renda, tem sido baseada, nas últimas décadas, em dados de pesquisas sobre consumo familiar, e revelam uma mudança do perfil de pobreza durante as últimas décadas. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstram que, em 2007, havia cerca de 41 milhões de pessoas pobres e cerca de 14 milhões de indigentes, o que configura a enorme proporção de pobres no Brasil. Além disso, persistem as desigualdades sociais e regionais, onde a região nordeste se destaca enquanto a região com a maior proporção de pobres. Porém, há também um significativo volume de pobreza nas regiões metropolitanas mais desenvolvidas do país, com características específicas, uma vez que a população nestes locais possui menor acesso à produção para autoconsumo, bem como o custo de vida tende a ser muito mais elevado do que no interior.

Como a pobreza é um fenômeno multidimensional, no cotidiano de vida, as famílias pobres enfrentam diversas vulnerabilidades, inclusive às relacionadas com as condições de saúde e de acesso aos serviços públicos. Entender como estes fatores se correlacionam na situação cotidiana destas famílias é importante para analisar como os programas aqui estudados respondem à estas correlações através de estratégias intersectoriais.

### **Pobreza, iniquidades sociais e de saúde**

A pobreza é um forte determinante das condições de saúde de uma população, e de modo reverso, alguns autores afirmam que a saúde também é determinante da pobreza. Estudos de abordagem da trajetória de vida sugerem que as condições de saúde são determinadas pelo resultado cumulativo de uma série de condições que ocorrem ao longo da vida das pessoas. Como exemplos, crianças que nascem de mães desnutridas por conta da pobreza, correm mais risco de adoecerem ao longo de toda a sua vida, e de forma contrária, indivíduos saudáveis estão mais aptos a trabalhar e a se inserirem em suas comunidades de forma produtiva. Portanto, ao tratarmos de pobreza, desenvolvimento e saúde, estamos tratando de três elementos que guardam estreita relação entre si. (Buss e Pellegrine, 2007)

Da mesma forma, Buss (2007), assinala que são exatamente os pobres que vivem em piores condições sociais, ambientais e sanitárias, assim como têm maior

dificuldade no acesso aos serviços públicos em geral e de saúde em particular. Segundo o autor, inúmeros estudos demonstram que os segmentos de mais baixa renda são exatamente aqueles que têm pior acesso à políticas públicas, habitações adequadas, saneamento, alimentos, educação, transporte, lazer, emprego fixo, assim como aos serviços de saúde. Estas são as chamadas iniquidades sociais e de saúde descritas por Whitehead (2000), e entendidas como aquelas desigualdades que além de sistemáticas e relevantes são também “*evitáveis, injustas e desnecessárias*”. Tais iniquidades existem entre países e regiões do mundo e entre ricos e pobres no interior dos países. É importante identificar se as condições de saúde de um indivíduo ou grupo são decorrentes de uma escolha individual, que é sempre socialmente condicionada, ou se estão fortemente relacionadas aos fatores sociais ou determinantes sociais da saúde<sup>4</sup>.

A Conferência de Alma Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no tema “Saúde para todos no ano 2000”, colocaram em destaque o tema dos determinantes sociais em saúde. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado deslocou novamente o tema para uma concepção centrada na assistência médica individual. Na década de 90, com o debate sobre as Metas do Milênio, a ênfase nos determinantes sociais foi retomada e culminou com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005.

Existem várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os determinantes sociais da saúde provocam as iniquidades sociais, e diversos modelos procuram esquematizar as relações entre os múltiplos fatores sociais. Dentre eles destaca-se o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Com base no exposto por Buss e Pellegrine (2007), o modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 1) inclui os determinantes sociais de saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma mais próxima do indivíduo até uma mais distante, onde se situam os macrodeterminantes. Na base desse modelo estão os indivíduos com suas características pessoais, as quais exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. A camada imediatamente seguinte representa o comportamento e os estilos de vida individuais, que podem ser modelados ou influenciados também, por diversos determinantes sociais.

---

<sup>4</sup> Recentemente o Ministério da Saúde implantou, de acordo com recomendação da Organização Mundial de Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.



A próxima camada destaca a influência das redes comunitárias e de apoio no processo, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambiente e serviços essenciais, como saúde e educação. No último nível estão os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre os demais níveis (Buss e Pellegrine, 2007).

**Figura 1: Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)**



Fonte: DAHLGREN E WHITEHEAD (1991)

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes do modelo de Dahlgren e Whitehead geram uma estratificação econômica e social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. (CNDSS, 2008)

O modelo descrito permite identificar situações para intervenções de políticas, com o intuito de minimizar os diferenciais de determinantes sociais de saúde originados pela posição social do indivíduo. As intervenções sobre níveis macro, intermediário ou

micro de determinantes, com vistas a diminuir as iniquidades relacionadas à estratificação social demandam uma atuação coordenada de diferentes setores de governo, portanto intersetorial. Além disto, devem estar também acompanhadas por políticas mais gerais de caráter transversal que busquem fortalecer a coesão, ampliar o capital social das comunidades vulneráveis, e promover a participação social no desenho e implementação de políticas e programas (CSDH, 2006; Buss, 2007).

Portanto, as relações entre ambiente, condição social e saúde representam um eixo importante no entendimento das desigualdades sociais e da questão da intersetorialidade. Vários estudos indicam que as desigualdades de saúde entre pessoas pobres e ricas e no interior de países pobres, ocorrem tanto nos níveis de saúde, como também no acesso aos serviços sociais e de saúde (Buss e Pellegrine, 2007).

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se por princípios constitucionais que garantem o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Entretanto, fatores relacionados com a oferta moldam o desenho do sistema em cada localidade, dando-lhe características particulares.

### **1.3 – Os princípios da intersetorialidade e integralidade no SUS e no Programa Médico de Família de Niterói.**

#### **O Sistema Único de Saúde (SUS) e os princípios da intersetorialidade e da integralidade**

A proposta do SUS tem como tema central a discussão do conceito ampliado de saúde, e este conceito introduziu uma tensão em relação ao paradigma organizacional do aparato do Estado brasileiro. Ao mesmo tempo em que o SUS reconhece que a saúde é condicionada pela moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, etc. atribui a uma política setorial o papel de divulgar esses condicionantes e determinantes, além de formular políticas de saúde destinadas a promover a observância de que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado.

A discussão desse conceito remonta ao século XIX com o nascimento da Medicina Social, no entanto essa linha perdeu potência com a hegemonia da biomedicina, a qual acabou fortalecendo o setor saúde no século XX. Nesse mesmo período ocorreram movimentos reflexivos como o nascimento da promoção da saúde na década de 1940, a Medicina Preventiva na década de 1960, a idéia da intersetorialidade

na década de 1970 na Conferência de Alma-Ata e que tem seqüência no processo discursivo das cinco Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, realizadas pela OMS, entre 1986 e 2000. No Brasil, essa reflexão e a crítica à linha da biomedicina modelaram o Movimento da Reforma Sanitária, formulador do conceito de saúde que aportaria na Constituição de 1988, no cerne da proposta do Sistema Único de Saúde.

De acordo com o texto da Constituição, o SUS tem princípios constitucionais e princípios organizativos. Os princípios constitucionais incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema (CNDSS, 2008).

O Movimento Sanitário teve como uma de suas “bandeiras de luta”, e como eixo norteador de novas formas de agir em saúde, a integralidade. Na origem do SUS e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), a idéia de integralidade está vinculada ao conceito de integrar serviços de prevenção e promoção à saúde, com os de assistência. Atualmente esta idéia foi superada por outra que tem por objetivo a produção de serviços de saúde, em rede, onde a integralidade opere de forma sistêmica, e seja incorporada como algo inerente aos serviços de saúde. Portanto, a integralidade está ligada à noção de uma alta eficácia nos serviços de saúde e um processo de trabalho centrado no usuário.

Sendo o SUS pautado na atenção integral à saúde constitui-se como um sistema interdisciplinar. Já no tocante à sua constituição conceitual, coerente com a definição constitucional, exige uma articulação de práticas e saberes transsetoriais. Desta forma, a política de saúde é operada intersetorialmente, explicitada num ambiente disciplinar quanto à formação e setorial quanto ao aparato, sendo necessário introduzir mudanças nesse ambiente de modo que viabilize esta política.

Esta discussão é de extrema importância para a análise de programas que se instituíram como propostas de reorientação do modelo tradicional de assistência à saúde, como o Programa Médico de Família de Niterói (PMF). O PMF atende prioritariamente as áreas de maior risco social com potencial interface com programas que tem como objetivo o enfrentamento da pobreza como o PBF que articula ações da

saúde, educação, com transferência de renda e programas complementares de geração de emprego e renda.

Portanto, trata-se de uma questão estratégia para ambos os programas em pauta neste estudo - o PBF e o PMF, não só pela mesma adscrição de clientela, mas também pelas relações entre os princípios da intersetorialidade e da integralidade, conforme descrito no item a seguir.

Diante dos dois programas em pauta neste estudo (PMF e PBF) cabe analisar em relação ao seu desenho operacional e as teorias à eles subjacentes, ou seja, a forma como concebem as questões que tentam enfrentar (no caso a pobreza e a promoção da saúde) algumas questões:

- 1) Como o princípio da intersetorialidade se coloca para os programas?
- 2) Quais os espaços institucionais, mecanismos e instrumentos de gestão previstos nos programas que podem potencialmente aproximar os setores?
- 3) Existem incentivos para a ação intersetorial no âmbito dos programas?

### **O Programa Médico de Família de Niterói e a intersetorialidade**

O Programa Médico de Família é pautado num modelo de atenção à saúde baseado nos princípios de integralidade, territorialidade, hierarquização, regionalização, adscrição de clientela e participação popular. Foi desenvolvido a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Niterói e a Associação de Moradores, num processo de co-gestão, e neste convênio, é garantido o repasse de recursos financeiros diretamente da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico para a Fundação Municipal de Saúde, os quais são previstos no orçamento municipal especificamente para este fim.

Para Cohen (2001), a formulação do PMF como um novo modelo assistencial baseado nos princípios de hierarquização, regionalização, integralidade e adscrição de clientela deu-se em um ambiente de conflitos. A autora ressalta que havia opositores ao

PMF dentre aqueles que participaram da gestão do Sistema de Saúde em vigor na época, pessoas que acreditavam serem os problemas conjunturais e não metodológicos e, assim, não percebiam a necessidade de introdução de uma nova metodologia. Para a autora, e segundo alguns coordenadores do Programa, parte da equipe gestora não aceitava o projeto, e por isso, tecia críticas a sua metodologia, afirmando que não favorecia a integralidade das ações, pois considerava a família de forma descontextualizada, não privilegiava a interdisciplinaridade e desprestigiava as Unidades Básicas de Saúde.

A abrangência do PMF é determinada através da definição da área geográfica apontada pelos representantes locais nos convênios assinados com o Município. Para Vasconcellos, in Hubner e Franco (2007), este programa foi implantado com decisão política e continuidade ideológica por profissionais mobilizados, com controle social participante e representativo, e trouxe uma proposta de Medicina Familiar e Comunitária voltada para o cotidiano da população desse município, no contexto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios e diretrizes, onde havia urgência em substituir o modelo assistencial pautado na doença, por espaços para a saúde com vistas à efetivação da equidade e qualidade de vida. Ressalta que nas comunidades onde é implantado, favorece o controle social, possibilitando à sociedade acompanhar as ações do Estado na área de saúde.

O PMF trabalha com a concepção de Grupo Básico de Trabalho (GBT), onde cada grupo é constituído por um coordenador, uma equipe de supervisão composta por clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, assistente social, enfermeiro, e profissionais da área de saúde coletiva e saúde mental, que atuam de forma a apoiar técnica e metodologicamente à equipe básica, a qual é constituída de médico generalista e técnico de enfermagem, esse último devendo ser morador da área. Cada equipe básica é responsável por um setor, que abrange, hoje, em média 1.300 pessoas, e cada módulo deverá ter tantos setores quantos forem necessários para cobrir toda a população da área. Cada módulo conta ainda com um auxiliar de serviços gerais e um vigia noturno, também moradores da comunidade. Não existem funcionários com funções administrativas nos módulos, pois essas são executadas pela equipe básica, o que hoje tem se tornado uma sobrecarga para o trabalho desses profissionais.

O coordenador de cada grupo básico de trabalho é quem representa o elo da equipe com as instâncias superiores da Secretaria de Saúde e demais órgãos relacionados ao programa. É responsável pelo controle metodológico, gerenciando as atividades dos supervisores e da equipe básica, intermediando a relação deste com a associação de moradores, contribuindo na co-gestão do trabalho.

A equipe de supervisão atua como facilitadora, dando maior resolutividade possível no nível local através das interconsultas, no consultório e/ou domicílio. Compõe a banca de seleção das equipes básicas, realiza treinamento em serviço, operacionaliza a referência e contra-referência, e avalia o desempenho das equipes básicas de trabalho, através dos protocolos de trabalho instituídos. Elabora, organiza e, em algumas temáticas, executa o processo de educação continuada no espaço metodológico de treinamento semanal de rotina, onde as equipes participam. Cada módulo (unidade de saúde) é visitado semanalmente pelos diversos supervisores.

Entre ações que devem ser desenvolvidas pela Equipe Básica, de acordo com a metodologia de trabalho do PMF, destacamos as **ações no interior do módulo**, que vão desde o atendimento ambulatorial à execução de tarefas burocráticas; as **visitas domiciliares**, que são programadas de acordo com prioridades dadas pelas equipes; as **interconsultas**, como parte da capacitação em serviço e atribuição da supervisão, pode ser realizada no consultório do módulo, junto ao usuário demandante ou na sua ausência e em domicílio; a **Reunião de Setor**, considerada ação importante pela metodologia do PMF, pois propicia **ações intersetoriais** e estimula a Equipe Básica a esclarecer sobre sua atuação técnica e a abordar as questões epidemiológicas e sanitárias do setor, fortalecendo a relação com os membros da Associação de Moradores da área e provocando a participação dos moradores usuários adscritos; e os **grupos educativos**, que são prioritários para tais ações no Programa, que funcionam sob a perspectiva da Educação em Saúde<sup>5</sup>.

O PMF articula o saber da vigilância à saúde, à clínica exercida pelos profissionais da equipe básica e da equipe de supervisores com os elementos que constituem uma rede social de proteção à saúde. O programa é inovador, pois trabalha com a mudança da lógica de organização do serviço, que deixa de trabalhar como

---

<sup>5</sup> FMS – Niterói. Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência, 1997.

receptor de demanda e passa a trabalhar sob a ótica de busca ativa e de responsabilidade sanitária. A intersetorialidade efetiva-se a partir de articulações com segmentos interinstitucionais e sociedade civil organizada da área de abrangência das unidades, em conjunto com as policlínicas regionais e Secretarias Regionais da Prefeitura de Niterói. No entanto, ela não se coloca como um princípio explícito nos documentos oficiais do programa, mas como um princípio subjacente a sua implementação e sua lógica pautada na ótica da promoção da saúde.

Em estudo sobre o Programa Médico de Família de Niterói, Huber e Franco (2007) destacam que o conceito de saúde<sup>6</sup> adotado pelo PMF compreende a imprescindibilidade de articulações intersetoriais. Destaca também, que a organização do processo de trabalho centrado na vigilância à saúde tem sua principal premissa no princípio da territorialidade, perspectiva que pressupõe que a equipe de saúde conheça detalhadamente o “território-processo”<sup>7</sup>. Para isso a equipe precisa se inserir nesse território, estimulando a organização comunitária e junto com esta população buscar parcerias intersetoriais na perspectiva de melhores condições de vida e saúde. Segundo os autores, estimular a participação popular como prática política, buscando permanentemente parcerias intersetoriais, faz parte da rotina do PMF de Niterói. Para isso, a intersetorialidade se organiza a partir de uma articulação com segmentos interinstitucionais e sociedade civil organizada da área de abrangência das unidades, realizada pelas Policlínicas Regionais e Secretarias Regionais da Prefeitura de Niterói.

A proposta do PMF de Niterói acabou servindo de modelo para outros projetos de saúde da família em vários municípios e estados brasileiros. O governo federal incorporou o modelo do PMF na formulação do Programa Saúde da Família cujo principal objetivo foi reorientar o modelo assistencial prevaente. O próprio Ministério da Saúde, ao instituir o Programa Saúde da Família no país, contou com a participação da equipe coordenadora do PMF de Niterói, como também de membros da

---

<sup>6</sup> O conceito de saúde adotado pelo PMF é visto de uma forma mais ampla, onde envolve fatores que influenciam diretamente na qualidade de vida da população (saneamento básico, coleta de lixo, abastecimento de água, energia elétrica, sistema viário, entre outros).

<sup>7</sup> O território-processo é compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação (e o seu saber preexistente), como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, família, sociedade (Hubner e Franco, 2007).

equipe de supervisão, principalmente nas capacitações fornecidas aos profissionais de saúde que atuam no modelo preconizado.

Pode-se dizer que a concepção de modelo do PSF, atualmente denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF), não difere muito da proposta do PMF de Niterói. A diferença maior está na constituição da equipe básica, no número de famílias/ pessoas a serem cadastradas por equipe e na existência da equipe de supervisão multiprofissional. Como já citado, atualmente o PMF de Niterói trabalha com um médico generalista e um técnico de enfermagem, que obrigatoriamente é morador da comunidade, para um universo de 1.300 pessoas, e conta com a equipe de supervisão permanente.

A equipe da ESF é composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde para atender de 3.000 a 4.000 pessoas. É importante destacar que cada agente comunitário tem sob sua responsabilidade 150 a 200 famílias, não podendo ultrapassar 750 pessoas cadastradas para acompanhamento. Esta equipe pode ser ampliada ao contar com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. (DAB, 2006).

A equipe de supervisão do PMF foi concebida desde a formulação do programa, uma vez que não havia disponibilidade de profissional generalista no mercado capaz de atuar em situações adversas à sua formação, sendo necessário instrumentalizá-los técnica e metodologicamente com foco nos princípios de universalidade, territorialidade e integralidade do SUS.

Apesar de a ESF ter sido implantada no país em 1994 pelo Ministério da Saúde, somente no ano de 2008 foram criados os NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mediante a Portaria N° 154/GM de 24/01/2008, que tem como objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos devem ser além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família.

Estes núcleos são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando na unidade na qual o NASF está cadastrado e diretamente no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade desta



equipe. Os núcleos são compostos por no mínimo cinco profissionais, definidos pelos gestores municipais, dentre as seguintes ocupações: Médico Acupunturista, Assistente Social, Professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional.

Como já dito anteriormente, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e posteriormente a Constituição Federal em 1988, definem a saúde como direito de todo cidadão e como dever do Estado, passando a instituir um novo paradigma para que esta seja garantida, com ênfase na múltipla determinação do processo saúde/doença e na inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas. Com isso, a saúde passa a ser definida como resultado dos novos modos de organização social da produção, e efeito da composição de múltiplos fatores (Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde). O Estado por sua vez é convocado a assumir a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas. A partir do reconhecimento dessa complexidade, houve necessidade de um novo modelo de atuação, pautado pela integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

O PMF tem como objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde e fornecer um atendimento personalizado, de forma mais acolhedora, mantendo relação de vínculo com a clientela e estabelecendo co-responsabilidades sanitárias com a mesma. Incorpora as noções de intersetorialidade, integralidade e universalidade da assistência, equidade, resolutividade e humanização do atendimento e estímulo à participação comunitária, com base nos princípios do SUS e nas concepções da atenção primária à saúde.

#### **1.4 - O Programa Bolsa Família e a intersetorialidade**

##### **Os Programas de Transferência Condicionada de Renda**

Transferência de renda significa uma transferência monetária direta a indivíduos ou a famílias. No Brasil, a idéia central desse tipo de programa é articular transferência monetária com políticas e programas estruturantes (saúde, educação, trabalho),

direcionados a famílias pobres como estratégia de enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais (Silva, *et all*, 2008). Esses Programas de Transferência de Renda são situados no contexto do Sistema de Proteção Social brasileiro, pois são destinados ao público atendido pela Política de Assistência Social e sua concessão independe de contribuição prévia. Tais políticas podem contribuir, em longo prazo, com o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza, este representado pelo baixo nível educacional, pela má alimentação e saúde, pela instabilidade no emprego e baixa renda.

Para criar condições que viabilizem a saída da pobreza, defende-se que o Estado estabeleça mecanismos que garantam o acesso desses indivíduos ou famílias à alimentação e aos serviços básicos de educação e saúde. Segundo Sant'Anna (2009), os PTRs são implantados com a finalidade de aproximar as camadas excluídas dos serviços básicos, e dar-lhe condições de superar o ciclo intergeracional da pobreza. Por tentarem facilitar o acesso a serviços como saúde e educação, o sucesso destes programas, depende da boa articulação entre agências e ministérios e entre entes da federação.

Neste sentido, a intersetorialidade seria o elo de ligação com as políticas públicas, ressaltando que a presença de condicionalidades exige que as diferentes esferas de governo estabeleçam arranjos de coordenação intersetorial entre as áreas de assistência, educação e saúde, pelo menos.

Porém, a temática da transferência de renda até o início dos anos 1990, ainda ocupava no país espaço marginal no debate sobre as questões sociais, surgindo como possibilidade de política pública a partir de 1991, com a apresentação do Projeto de Lei nº 80/1991<sup>8</sup>, sobre o Programa de Garantia de Renda Mínima – PGRM, proposto pelo então senador Eduardo Suplicy do Partido dos Trabalhadores. Entre os antecedentes históricos dos denominados programas de transferência de renda no Brasil são identificados os que consideram *mínimos sociais* instituídos no âmbito do Estado

---

<sup>8</sup> Este projeto propõe que todos os indivíduos com mais de 25 anos e com renda inferior a 2,5 salários mínimos tenham direito a uma renda mínima incondicional equivalente a 30% da diferença entre a renda do indivíduo e 2,5 salários mínimos. Contudo, posteriormente defende-se a estratégia mais flexível de implantar o programa de forma gradual em acordo com diferentes grupos etários. A intenção é priorizar os mais velhos até alcançar a população jovem.

Em 2001, o senador Suplicy apresenta outro projeto propondo a Renda Básica de Cidadania, cuja aprovação ocorre em 2004 no governo do presidente Lula. Este projeto mantém o foco no indivíduo com mais de 25 anos, porém altera as condições de elegibilidade, pois o benefício é destinado a todos os indivíduos maiores de 25 anos, independente da renda, local e tempo de moradia, incorporando inclusive os estrangeiros aqui residentes. O projeto deveria ser implantado de forma gradual a partir de 2005. A estratégia seria iniciar pelas famílias inscritas no Programa Bolsa Família.

Brasileiro, entre os quais estão: a iniciativa de implantação e fixação do salário mínimo em 1940, a criação do seguro-desemprego e o abono salarial em 1986 (Silva, Yazbek e Giovanni, 2004). A Constituição de 1988 produziu grande avanço na questão dos mínimos sociais, com a elevação dos benefícios monetários da previdência social e sua equiparação ao salário mínimo, a modificação e expansão da previdência social rural e a reafirmação do direito ao recebimento da Renda Mensal Vitalícia criada em 1974, posteriormente regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS como Benefício de Prestação Continuada (BPC) voltado aos idosos maiores de 65 anos e as pessoas portadoras de deficiência, ambos com renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo.

No cenário internacional, a partir dos anos 80, diante das transformações socioeconômicas que levaram a um quadro de aumento crescente da pobreza, desigualdades sociais, desemprego e precarização do trabalho destacam-se diversas experiências de programas de transferência de renda como, por exemplo, a “Renda Mínima de Inserção” (RMI), instituído na França em 1988.

Na década de 90, observam-se as primeiras experiências de programas de transferência condicionada de renda na América Latina. A experiência do México, inicialmente denominado “Progressa”, hoje Programa “Oportunidades”, também tem origem na mesma época. Desde então, vários outros países da América Latina e Caribe implantaram programas de transferência condicionada de renda: na Colômbia, “Famílias em Ação”; na República Dominicana, “Solidariedade”; no Chile, “Chile Solidário”; em El Salvador, “Rede Solidária”; no Peru, “Programa Juntos”; na Nicarágua, programa “Mi Família”; no Panamá, “Programa Bono Alimentario”; no Paraguai, programa piloto “Tekoporã”; em Honduras, “Programa de Asignación Familiar” e na Guatemala, “Mi Família Progressa” (Cunha, *et all* 2008).

A partir das discussões dos projetos de renda mínima no Brasil, várias estratégias de combate à pobreza envolvendo governo e sociedade civil foram implementadas na década de 90, destacando-se a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida em 1993 e o Programa Comunidade Solidária, em 1995. Nesse contexto, surgem também os programas de transferência de renda municipais. Foram pioneiros, além do Programa de Renda Mínima Familiar em Campinas, os programas de

Ribeirão Preto e Santos, em São Paulo, o Programa Bolsa Escola de Brasília, todos implementados ao longo da década de 1990.

Vale lembrar que nesse período, o compromisso com a erradicação da pobreza e da fome mobilizou a nação. A Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida levou à formação de milhares de comitês de solidariedade em todo país, reunindo milhões de brasileiros, empresas, organizações não-governamentais e o Estado. Elaborou-se um Mapa da Fome para orientar a ação do governo federal e canalizar iniciativas espontâneas de toda sociedade, e instituiu-se o Conselho de Segurança Alimentar<sup>9</sup> (Consea) para direcionar esse processo de forma a garantir o fortalecimento da proposta (Lavinias, 2004).

Já em 2001, em nível federal, foram implementados o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação -“Bolsa Escola”, o Programa Nacional de Acesso à Alimentação - PNAA - “Cartão Alimentação”<sup>10</sup>, o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde - “Bolsa Alimentação”, o Programa “Auxílio-Gás”<sup>11</sup>.

Em 2003 foi lançado o Programa Fome Zero, que integrou diversas ações e políticas do governo federal divididas em quatro eixos: acesso aos alimentos; fortalecimento da agricultura familiar; geração de renda; e articulação, mobilização e controle social. No primeiro mandato do governo Lula, os programas de transferência de renda implantados de forma desarticulada foram unificados com o objetivo de expandir as ações do Programa Fome Zero e, de reverter alguns problemas ocorridos anteriormente como, a superposição de clientela, a baixa cobertura, a pulverização dos recursos, etc. (Brasil, 2003).

---

<sup>9</sup> “O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) é um instrumento de articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área da alimentação e nutrição. Instalado em 30 de janeiro de 2003, o Conselho tem caráter consultivo, e assessora o Presidente da República na formulação de políticas e na definição de orientações para que o país garanta o direito humano à alimentação...Inspirado nas resoluções da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea acompanha e propõe diferentes programas, como Bolsa Família, Alimentação Escolar, Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar e Vigilância Alimentar e Nutricional, entre muitos outros. O Consea estimula a participação da sociedade na formulação, execução e acompanhamento de políticas de segurança alimentar e nutricional. Considera que a organização da sociedade é uma condição essencial para as conquistas sociais e para a superação definitiva da exclusão.” Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>

<sup>10</sup> Implementado no âmbito do Programa Fome Zero.

<sup>11</sup> A instituição do Auxílio Gás ocorreu numa conjuntura em que teve fim o subsídio aos botijões GLP de 13 kg usado no consumo doméstico.

O *Programa Fome Zero* propôs que a garantia dos direitos de cidadania se estruturasse a partir da intersetorialidade. Incentivou, também, a articulação transversal entre as políticas sociais, as medidas emergenciais e as ações estruturantes desempenhadas pelos três níveis governamentais e por organizações, lideranças e atores sociais nos seguintes eixos centrais, conforme quadro abaixo: Acesso aos Alimentos; Fortalecimento da Agricultura Familiar; Geração de Renda; e Articulação, Mobilização e Controle Social. (Brasil, 2003)

Para a implementação dessa proposta, o governo federal estabeleceu a necessidade de envolvimento dos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; do Desenvolvimento Agrário; da Saúde; da Educação; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Trabalho e Emprego; da Ciência e Tecnologia; da Integração Nacional; do Meio Ambiente; da Fazenda; além da Justiça e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Em outubro de 2003 formalizou-se o Programa Bolsa Família (PBF), a partir da unificação dos programas de transferência condicionada de renda anteriores, cujo critério de inclusão baseava-se unicamente na renda. As condicionalidades no PBF foram instituídas como forma de articular a transferência do benefício a compromissos cumpridos pelas famílias, e na perspectiva de ampliação do acesso da população pobre aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social (Ferreira, 2009; MDS, 2010).

À medida que os beneficiários dos programas de transferência de renda implantados em 2001 passaram a receber os benefícios do PBF, deixaram de receber os daqueles programas. Um primeiro aspecto a ser considerado na análise do PBF é que ao unificar os diferentes benefícios do governo federal, o programa exigiu-se uma ação articulada entre os diferentes ministérios que antes operacionalizavam tais ações.

Segundo Silva, Yazbek e Giovanni (2004) o Bolsa Família é considerado uma inovação no âmbito da política pública de transferência de renda por se propor a proteger o grupo familiar como um todo; pela elevação do valor monetário do benefício se comparado com outros programas; pela simplificação criada através da unificação de vários programas já existentes.

## **O desenho operacional do Programa Bolsa Família e a intersetorialidade**

Como dito, o Programa Bolsa Família (PBF), como política específica do Programa Fome Zero, foi lançado em outubro de 2003, com o objetivo de combater à fome e a miséria e promover a emancipação das famílias mais pobres do país. É uma estratégia de transferência direta de renda, criado pelo Governo Federal, através da Medida Provisória 132, e convertida na lei 10.836 em janeiro de 2004, que foi regulamentada pelo decreto 5.209 de setembro de 2004, e que vem sendo aprimorada através de legislações complementares. Segundo este decreto, a intersetorialidade se coloca nos objetivos básicos do PBF, que são:

I- promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social,

II- combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional,

III- estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza,

IV- combater a pobreza; e

*V- promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.*

A implementação do PBF é descentralizada envolvendo estados, municípios e distrito federal, apresenta em sua formulação a proposta de combater a desigualdade e a injustiça social, associando medidas compensatórias de combate à miséria e à fome, com medidas estruturantes, que vão repercutir nas condições de saúde da população. No desenho operacional do Programa, a intersetorialidade aparece como um de seus objetivos básicos para alcançar maior integralidade nas ações públicas. A proposta de combate à fome está direcionada para além da transferência de renda, pois envolve principalmente o acompanhamento nutricional de crianças, gestantes e nutrizes. Da mesma forma, a frequência escolar de crianças e adolescentes e a capacitação de adultos em atividades produtivas está relacionada com a perspectiva de investimento em capital social com repercussões sócio-econômicas futuras (BRASIL, 2005; MDS, 2006, 2010).

Destina-se às famílias de extrema pobreza e de pobreza, tendo como critério a renda mensal *per capita* de até \$70,00 (setenta reais) e \$140,00 (cento e quarenta reais), respectivamente. As famílias que se encontram em extrema pobreza recebem o benefício básico que hoje é de R\$68,00 (sessenta e oito reais), independente da

composição familiar. Caso tenham crianças ou adolescentes de até 17 (dezesete) anos na escola, essas famílias também recebem benefícios variáveis, que hoje são compostos de forma que para cada criança entre 0 (zero) e 15 (quinze) anos, essas famílias recebem R\$22,00 (vinte e dois reais) por cada um, sendo o máximo de três benefícios. O benefício variável para as famílias já cadastradas no PBF e que tenham adolescentes de até 17 (dezesete) anos na escola é de R\$33,00 (trinta e três reais) por cada um destes, até no máximo de dois beneficiários. As famílias com renda per capita familiar de R\$70,01 a R\$140,00 recebem somente o benefício variável de R\$22,00 por cada filho (de 0 a 15 anos), no máximo três, e R\$33,00 por cada adolescente (até 17 anos), no máximo dois. A unidade beneficiária do Programa é, por conseguinte, o grupo familiar, que é representado, preferencialmente pela mãe.

**Quadro 1 - Critério de inclusão e valor do benefício do PBF**

<b>Renda Mensal per capita</b>	<b>Benefício Básico</b>	<b>Benefício Variável/ Composição Familiar</b>
Até R\$70,00	R\$ 68,00	R\$ 22,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios)  R\$ 33,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)
R\$ 70,01 até R\$ 140,00	-	R\$ 22,00 por criança e adolescente de 0 a 15 anos, gestantes ou nutrizes (até três benefícios)  R\$ 33,00 por jovem de 16 ou 17 anos (até dois benefícios)

Fonte: Medida Provisória no. 411, de 28 de Dezembro de 2007  
Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009.

Para o recebimento mensal do benefício, são exigidas contrapartidas das famílias em relação à educação e à saúde. Em alguns municípios as “condicionalidades” vêm sendo monitoradas no nível local, ou seja, nas Unidades de Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde e nas Escolas. A contrapartida da educação se refere à exigência do cumprimento de 85% de frequência escolar para as crianças cadastradas no Programa entre 6 e 15 anos e de 75% entre os adolescentes de 16 e 17 anos. Em relação à saúde, o período de acompanhamento das exigências dirigidas às famílias é dividido em dois semestres, essas devem ser realizadas nas Unidades de Atenção Primária do

Sistema Único de Saúde – SUS, e são referentes à: manutenção do calendário de vacinação em dia; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 07 anos; acompanhamento do pré-natal; e de nutrizes na faixa etária entre 14 e 44 anos através da participação em atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. E, com relação à assistência social é dirigido às crianças e adolescentes de até 15 anos em risco, ou que foram retiradas de trabalho infantil e que devem apresentar 85% de frequência mínima dos serviços sócio-educativos.

**Quadro 2 - Condicionalidades do PBF, público alvo e período de acompanhamento.**

<b>Secretaria</b>	<b>Condicionalidades</b>	<b>Público Alvo</b>	<b>Acompanhamento</b>
<b>Educação</b>	Frequência escolar de 85 % mensal  Frequência escolar de 75% Mensal	Crianças de 6 a 15 anos  Adolescentes 16 e 17 anos	Bimestral
<b>Saúde</b>	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento  Cumprimento do calendário de vacinas  Acompanhamento do Pré-Natal  Atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável	Crianças de 0 a 7 anos  Crianças de 0 a 7 anos  Gestantes Gestantes e Nutrizes	Semestral
<b>Assistência Social</b>	Participar de ações sócio-educativas com uma frequência mínima de 85%	Famílias com crianças e adolescentes de até quinze anos	Bimestral

Fonte: Portaria Interministerial Nº 3.789, de 17 de novembro de 2004.

Medida Provisória Nº 411, de 28 de dezembro de 2007.

Portaria Interministerial Nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.

Essas informações sobre o acompanhamento das condicionalidades são enviadas para os Ministérios da Educação e da Saúde que por sua vez as enviam para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), onde são consolidadas a nível nacional.

A normatização do programa determina, ainda, que o não cumprimento das condicionalidades pode ocasionar a suspensão ou bloqueio do benefício. No primeiro



momento, a família recebe apenas uma advertência, através de um comunicado no extrato bancário e uma notificação em sua residência. No descumprimento subsequente ela fica 30 dias com o seu benefício bloqueado e depois recebe uma suspensão por 60 dias. Por último, após o 5º registro de inadimplência, o seu benefício é bloqueado. Contudo, caso seja comprovado que o descumprimento é decorrente da oferta irregular e inadequada dos serviços, motivos de saúde ou outros motivos justificáveis e reconhecidos pelo MDS, MEC e MS, não será aplicado qualquer tipo de punição a família. A aplicação da sanção deverá ser informada por meio de notificação escrita ao responsável pela unidade familiar, que pode recorrer apresentando um recurso administrativo ao gestor municipal do PBF, com suas justificativas. Por sua vez, o gestor municipal deverá avaliar as justificativas, arquivar toda a documentação e caso reconheça que houve erros no registro das condicionalidades, pode requerer a anulação dos efeitos no histórico da família.

**Quadro 3 - Efeitos para a família com crianças ou adolescentes até 15 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa Bolsa Família**

<b>Descumprimento</b>	<b>Efeito</b>	<b>Situação do Benefício</b>
<b>1º Registro</b>	Advertência	Família passa a ser considerada em situação de descumprimento, mas continua recebendo o benefício
<b>2º Registro</b>	Bloqueio 30 dias	Uma parcela do benefício fica retida por 30 dias e após 30 dias a família volta a receber o benefício normalmente com o valor acumulado do mês anterior.
<b>3º e 4º Registros</b>	Suspensão 60 dias	A família fica sem receber o benefício por 60 dias. Após 60 dias a família volta a receber o benefício normalmente, mas as duas parcelas relativas ao período de suspensão não são pagas à família
<b>5º Registro</b>	Cancelamento	Parcelas do benefício que ainda não foram sacadas pela família são canceladas; Parcelas do benefício que seriam pagas à família nos meses seguintes são interrompidas e a família é desligada.

Fonte: Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008.

**Quadro 4 - Efeitos para a família com adolescentes de 16 e 17 anos, diante do descumprimento das condicionalidades no Programa**

<b>Descumprimento</b>	<b>Efeito</b>	<b>Situação do Benefício</b>
1º Registro	Advertência	Não há efeito sobre o benefício
2º Registro	60 dias de suspensão	Suspensão do benefício por 60 dias. Não recebimento das parcelas suspensas
3º Registro	Cancelamento	Cancelamento do benefício

Fonte: Portaria GM/MDS Nº 321, de 29 de setembro de 2008

Para os formuladores do PBF as contrapartidas são entendidas como uma oportunidade de garantir o acesso da população pobre aos serviços básicos de saúde, educação e assistência social. Contudo, alguns autores compreendem as condicionalidades como estratégia para facilitar o acesso da população mais pobre aos serviços de saúde e educação e outros afirmam que o direito social é incondicional, e que sendo assim não deveria ser transformado em obrigação. (Lavinias, 2004).

Para o PBF o acompanhamento das condicionalidades tem como pressuposto que famílias que não acessam os serviços básicos são mais vulneráveis. Esse acompanhamento tem como objetivo monitorar o cumprimento de compromissos pelas famílias beneficiárias; reforçar o direito de acesso das famílias aos serviços de saúde e de educação e responsabilizar o poder público pelo atendimento; identificar, nos casos de não cumprimento, situações de maior vulnerabilidade, de forma a orientar as ações do poder público para o acompanhamento destas famílias (MDS, 2010).

Por isso, nos municípios, deve haver articulação intersetorial entre as secretarias de saúde, educação e de assistência social e, nos casos em que a gestão está em outra área, também do gestor do PBF. De igual modo é importante que haja integração entre as três esferas de governo para acompanhar as famílias, identificar e resolver situações de vulnerabilidade e promover o acesso dos beneficiários aos direitos sociais.

A gestão das condicionalidades acontece em várias etapas: - acompanhamento das ações nas áreas de saúde e educação; - registro das informações do acompanhamento nos sistemas; - repercussão gradativa no benefício financeiro (advertência, bloqueio, suspensão ou cancelamento), com base nos resultados

registrados e consolidados de descumprimento das condicionalidades; - apresentação de recursos pelas famílias quanto aos efeitos decorrentes do descumprimento; acompanhamento sócio-assistencial das famílias em situação de descumprimento de condicionalidade (MDS, 2006).

O monitoramento dessas condicionalidades vem se apresentando como uma tarefa complexa em algumas experiências locais. Um estudo sobre a implementação do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro que sistematizou as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias evidenciou problemas como, a reduzida capacidade técnica e institucional instalada e precárias condições de atendimento nos diferentes níveis de atenção (Magalhães; Burlandy; Senna; Monnerat; Schottz & Scalécio, 2005).

Enquanto principal programa dentro do Projeto Fome Zero, o PBF funciona atualmente como *eixo integrador* de outros programas (Moura, 2007), dadas a sua proposta de intersetorialidade que perpassa as condicionalidades e as ações complementares presentes no arcabouço legal do programa. Com efeito, *a intersetorialidade incorpora a idéia de integração, de território, de equidade, enfim dos direitos sociais; é uma nova maneira de abordar os problemas sociais* (Junqueira, 2004). Não é uma ação espontânea, mas um processo onde diferentes atores e setores sociais interagem respeitando as diversidades e particularidades de cada um, se efetivando assim, nas ações coletivas (Camerlatto *et al*, 2007).

No Programa Bolsa Família, um possível desafio em termos de intersetorialidade entre as políticas de assistência social, saúde e educação refere-se às dificuldades que os profissionais dessas áreas enfrentam para articular com maior frequência ações conjuntas em benefício das famílias atendidas pelo programa, bem como, a superação da lógica disciplinar que orienta cada campo profissional.

Na sua formulação original, a estrutura organizacional do PBF em nível ministerial é composta pelo Conselho Gestor do Programa Bolsa Família (CGPBF), de caráter deliberativo, vinculado e presidido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Brasil, 2004). Tal estrutura contempla a participação dos responsáveis pelas políticas públicas de saúde, educação, segurança alimentar e assistência social, num esforço de articulação intersetorial entre eles, nos diferentes níveis de gestão do Programa. Quanto à execução e a implementação do PBF, sua

normatização propõe que ocorram de forma descentralizada, destacando a participação comunitária e o controle social, que é exercido mediante a constituição de Comissões Municipais intersetoriais. No Decreto de regulamentação do PBF e na Portaria 660, publicados respectivamente em setembro e novembro de 2004, está previsto que o controle social no nível local deve ser feito por um conselho formalmente constituído pelo município ou mesmo por uma instância já existente. Neste caso, deve ser respeitada a paridade entre governo e sociedade civil, incluindo a representação dos beneficiários. A proposta de intersectorialidade é bastante enfatizada e é obrigatório que os conselhos tenham em sua composição representantes, pelo menos, das áreas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar, Criança e Adolescente. Este conselho deve ter caráter deliberativo, tendo como principais atribuições o acompanhamento, avaliação e fiscalização da execução do Programa no âmbito municipal.

Para que a implementação do PBF obtenha sucesso, é fundamental que as Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência elaborem planejamentos conjuntos, facilitando a comunicação e a coordenação entre as mesmas. Para isso, é necessária a concordância e cooperação dos que detêm autoridade legal e dos demais atores chave inseridos em diferentes arenas intergovernamentais e intersectoriais, como gestores e agentes implementadores, o que exige ampla negociação política nesse processo. Contudo, há uma grande heterogeneidade no processo de implementação local, o que permite que sejam observados diferentes resultados e níveis de efetividade do programa (Arretche, 2001).

Em 2005 o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), através da Portaria Nº 360, de 12 de Julho de 2005, estabeleceu uma forma de transferência de recursos financeiros aos Municípios, Estados e Distrito Federal destinados à implementação e desenvolvimento do PBF e à manutenção e aprimoramento do Cadastro Único de Programas Sociais<sup>12</sup> (CAD - Único).

O CAD - Único constitui uma base de informações que pode ser usada pelos governos municipal, estadual e federal para obter o diagnóstico socioeconômico das

---

<sup>12</sup> “O Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), regulamentado pelo [Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007](#), funciona como um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda. É utilizado, obrigatoriamente, para a seleção de beneficiários e para integração de programas sociais do governo federal”. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro\\_unico/o-que-e-1/](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro_unico/o-que-e-1/)

famílias cadastradas, possibilitando a análise das suas principais necessidades. O cadastramento das famílias é executado pelos municípios por meio da coleta de dados das famílias de baixa renda, em formulário específico para esse fim. Os cadastros são processados pela Caixa Econômica Federal (CAIXA), que além de operar o recurso financeiro é também responsável por atribuir a cada pessoa da família cadastrada um Número de Identificação Social - NIS<sup>13</sup>. A utilização de um único cadastro pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) permite analisar se todas as famílias de baixa renda são assistidas pelos programas sociais, bem como evita a sobreposição de programas para uma mesma família. Conforme as diretrizes do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, cabe aos governos locais o planejamento, execução e atualização do cadastramento das famílias, bem como a regularização de benefícios, o acompanhamento das condicionalidades e a inserção das famílias beneficiárias nos bens e serviços públicos.

No ano de 2006, o MDS criou o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), como apoio à gestão do PBF e do CAD - Único dos Programas Sociais do Governo Federal e como um indicador de qualidade da gestão municipal do PBF, que varia de 0 a 1. Pode ser considerado como o principal instrumento utilizado pelo MDS para monitorar a qualidade da implementação do cadastro único e o cumprimento das condicionalidades do Bolsa Família. É um indicador sintético, criado por meio da Portaria GM/MDS nº 148, de 2006, com o objetivo de apoiar financeiramente os municípios do Programa Bolsa Família (PBF), com base na qualidade da gestão do Programa. O índice é composto pela média aritmética do Indicador do CadÚnico e do Indicador de condicionalidades.

O Indicador do CadÚnico é a média aritmética entre o total de cadastros válidos e o total de cadastros atualizados sobre o total da estimativa de famílias com renda de até meio salário mínimo por pessoa.

O Indicador de Condicionalidades é a média aritmética entre a taxa de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos com informações de frequência escolar e a taxa de famílias com acompanhamento da agenda de saúde entre as famílias beneficiárias.

---

<sup>13</sup> NIS é o número de identificação social que foi criado para garantir a unicidade e evita à sobreposição de programas a uma mesma família, permitindo uma maior integração de todos os programas de transferência de renda. Através deste número, é possível localizar as famílias, atualizar os dados e verificar a situação do beneficiário

Com base nesse indicador, o MDS repassa recursos financeiros aos municípios para a gestão do Programa. O IGD é calculado pela SENARC, utilizando informações do CAD - Único e dos sistemas de informação do MEC e do MS, a partir de quatro variáveis que, representam cada uma, 25% do seu valor total, a saber: atualização da base de dados, qualidade e integridade das informações constantes no CAD - Único; informações sobre o cumprimento das condicionalidades da educação; e das condicionalidades da saúde. Quanto maior o IGD, maior é o valor do recurso transferido. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Assistência Social para os respectivos fundos municipais.

Para receber os recursos do IGD o município deve ser habilitado na Gestão Municipal da Assistência Social, aderir ao Programa Bolsa Família, e atingir pelo menos 0,4 no IGD. Os recursos podem ser utilizados em ações que visem melhorar a gestão das condicionalidades e dos benefícios; no acompanhamento das famílias beneficiárias; no cadastramento de novas famílias e atualização dos dados do CadÚnico; na implementação de programas complementares e em atividades relacionadas a fiscalização do PBF e do CadÚnico (Portaria 148/2006; SENARC).

Este índice pretende estabelecer um *ranking* das experiências de implementação do PBF, dando visibilidade e premiando àquelas bem-sucedidas, inclusive incentivando a gestão de qualidade através do repasse de recursos financeiros extras para as prefeituras que alcançarem desempenho acima de 0,4 do índice. Dessa forma, podemos considerar o IGD como um mecanismo de incentivo para os municípios, relacionando o recebimento destes recursos à capacidade gerencial que estes desempenham, e ao cumprimento de suas respectivas responsabilidades intersetoriais correspondentes ao PBF.

Na saúde os recursos podem ser utilizados para compra e manutenção de equipamentos antropométricos; adequação da estrutura de informática; ações educativas com enfoque para alimentação saudável; capacitação das equipes de saúde e fortalecimento da atitude de vigilância na implementação das ações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) <sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> O SISVAN tem como objetivo o acompanhamento do estado nutricional da população atendida pelo Sistema Único de Saúde de qualquer ciclo de vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos ou gestantes), sendo um importante instrumento para o monitoramento da situação alimentar e nutricional.

Através da Portaria nº 76, de 6 de Março de 2008, foi criado o IGDE (Índice de Gestão Descentralizado do Estado) que considera parâmetros diferentes do IGD, contudo com o mesmo objetivo de avaliar a gestão do PBF e do CadÚnico. O cálculo do IGDE é realizado mensalmente e os estados devem atingir um valor de no mínimo 0,6 para receberem os incentivos financeiros que são repassados bimestralmente do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Estaduais de Assistência Social.

Contudo, IGD e o IGDE não fazem qualquer alusão à promoção da intersetorialidade, da complementaridade ou da sinergia entre ações sociais do Poder Público. Para Arretche (2001), esta pode ter sido uma forma de contemplar uma estrutura de incentivos na implementação do programa, condizente com seus objetivos e metas. Esses incentivos podem estimular a cooperação dos atores envolvidos que, a partir de suas próprias referências, especificidades e autonomias dos sujeitos locais, colaboram para mudanças no desenho original da política social, podendo contribuir, também, para o sucesso da mesma.

Portanto, o PBF pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza: a promoção do alívio imediato da pobreza, por meio de transferência direta de renda à família; o reforço do exercício de direitos sociais básicos nas áreas da saúde e da educação, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo de pobreza entre gerações, e a coordenação de programas complementares, que tem como objetivo o desenvolvimento das potencialidades das famílias, de modo que os beneficiários do PBF consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

Desta forma a intersetorialidade se coloca para o PBF também na perspectiva dos programas complementares. Estes programas devem ser ofertados pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e podem situar-se no campo da geração de emprego e renda, formação profissional, micro-crédito, emissão de documentação civil, em conjunto com governos municipais e poder judiciário, dentre outros (Brasil, 2008). Desta forma, o PBF é um programa que vai além da transferência de renda, onde as condicionalidades e a intersetorialidade têm um papel fundamental.

Considerando que o PBF e o PMF trazem em seu desenho o princípio da intersetorialidade para alcançar maior integralidade nas ações públicas, este estudo analisou a experiência de articulação intersetorial entre estes programas, especialmente

no cumprimento das condicionalidades da saúde, identificando espaços institucionais, mecanismos e processos de articulação entre os setores.



## **CAPÍTULO 2 – Metodologia**

Este estudo analisou a experiência de articulação intersetorial entre o PBF e o PMF, especialmente no cumprimento das condicionalidades da saúde no município de Niterói. Para tal, abarcou os aspectos dos programas em pauta (PMF e PBF), que se referem aos espaços institucionais, mecanismos, instrumentos de gestão e relações entre os atores que afetaram a articulação entre os setores de governo responsáveis mais diretamente pela implementação dos programas, ou seja, as secretarias municipais de saúde e assistência social.

O estudo pautou-se no modelo qualitativo de análise, que visa compreender o significado da intervenção e não mensurar seus resultados (Sulbrandt, 1993; Cohen & Franco, 1994). Este modelo considera as estratégias adotadas pelos diferentes atores para enfrentar e superar uma determinada situação problema. Pressupõe que o processo de implementação dos programas é adaptativo e não pré-definido. Portanto, concentra a análise nos interesses e estratégias dos atores e nos processos em curso (Sulbrandt, 1993). Neste sentido contempla: a variedade de pontos de vista dos atores envolvidos; os aparelhos institucionais, normas jurídicas, regras do jogo e atores que participam do processo de formulação e implementação; a identificação dos atores envolvidos, suas motivações e estratégias no âmbito do programa; a concepção dos usuários do programa; as tecnologias utilizadas no programa (instrumentos e mecanismos de gestão), o meio institucional (oportunidades e limites que oferece ao processo de formulação e implementação); as atividades sócio-burocráticas e técnicas realizadas na implementação e o contexto no qual os atores operam (Sulbrandt, 1993).

A implementação de programas que se operacionalizam através de diferentes organizações e setores pode ser analisada a partir da perspectiva dos diferentes atores envolvidos, dentre eles (1) as agências formuladoras do desenho operacional inicial do programa a nível central (2) os atores mais diretamente relacionados à implementação do programa no nível local (3) os grupos atendidos pelo programa (Mazmanian & Sabatier, 1989). O presente estudo abarcou a visão de gestores, técnicos de nível intermediário (assistentes sociais) e que atuam na ponta do sistema (médicos e técnicos de enfermagem do PMF), e beneficiários do PBF.

O processo de implementação pode ser considerado como resultante de uma complexa dinâmica entre estes atores situados em diferentes agências governamentais e

societárias, num dado contexto (sócio, político, institucional). O “resultado” em geral é diferente da concepção originalmente formulada e a análise se propõe a compreender este processo. O processo decisório que se desenvolve no curso destas interações deve então ser concebido como uma constante interação entre formulação, implementação e reformulação dos programas mais do que como uma rede sem costuras de evolução contínua (Mazmanian & Sabatier, 1989).

Não se trata, portanto de avaliar se o princípio da intersectorialidade foi implementado de forma bem sucedida, ou não, de acordo com os objetivos formulados no programa tratando de forma estanque as etapas de formulação e implementação. Mas o estudo se propôs a compreender **como** ocorreu a articulação entre os setores (intersectorialidade) no contexto local de implementação das condicionalidades do PBF, na interface com o PMF que é responsável pelo acompanhamento das famílias. Para tal analisou como os fatores relacionados ao processo político institucional em curso neste contexto favoreceram ou dificultaram esta articulação na visão dos próprios atores, ou seja, quais os fatores condicionantes desta interação na concepção dos próprios atores envolvidos. Desta forma, o estudo possibilitou a identificação de diferentes modalidades de interação entre os atores envolvidos com o processo de implementação dos programas no contexto local em pauta.

Ainda que reconhecendo que a distinção entre formulação e implementação é bastante tênue, estudos focados no curso da implementação de programas indicam vários fatores que podem condicionar este processo, tais como: pressões de grupos de interesse e lealdades que se formam em torno de objetivos particularistas; os fluxos de comunicação, que são muitas vezes complexos ou inoperantes, levando a um descompasso no grau de conhecimento e clareza da política entre formuladores, implementadores e usuários e conflitos em torno das metas e objetivos traçados, recursos disponíveis, o grau de dependência entre os atores para realizarem os objetivos propostos, apoio logístico, político, financeiro, o número de links da cadeia de implementação, e os fluxos entre os links da cadeia, dentre outros (Mazmanian & Sabatier, 1989; Hogwood & Gunn, 1984).

O contexto específico que pautou o estudo foi o município de Niterói, onde foram analisadas as diferentes formas de articulação entre as Secretarias de Saúde e Assistência Social no âmbito do PBF e do PMF. Foram consideradas as diferentes possibilidades de experiências de atuação conjunta entre os setores, que incluem ações

pontuais até formas mais propriamente intersetoriais de planejamento que envolvam articulações mais complexas de saberes e práticas. A implementação das condicionalidades do PBF é provavelmente o aspecto do desenho operacional do programa que mais favorece a articulação entre as duas secretarias e a interface com o PMF. No entanto, o estudo considerou a possibilidade de diferentes formas de articulação para além deste aspecto.

Todo programa se baseia em uma teoria que lhe dá estrutura. As propostas traçadas na formulação do programa envolvem teorias subjacentes que podem corresponder, ou não, com a realidade, ao fazerem previsões das diversas possibilidades de se alcançar as metas e os objetivos desejados. Para Chen (1990), o sucesso de um programa está diretamente relacionado com o sucesso das teorias do programa, quais sejam: a teoria da ação (implementação) e a teoria conceitual. Dessa forma, alguns problemas relacionados com um programa podem referir-se a dificuldades na teoria da ação, e/ou em sua teoria conceitual. Portanto, as estratégias de atuação para recondução do programa devem estar vinculadas a análise deste processo.

Nesse contexto, diversos autores contribuem para uma revisão sobre o processo de formulação e implementação de políticas públicas. Segundo Arretche (2001), o campo da implementação de uma política ou programa é influenciado pelas condições político-institucionais, pelos recursos direcionados para a operacionalização e principalmente, pelos atores envolvidos na execução da política. Lindblom (1981), por exemplo, descreve a concepção da formulação de políticas e programas sociais como uma etapa racional e anterior à implementação. Esta, por sua vez, pode gerar informação para a formulação podendo reverter o próprio desenho operacional da política. No entanto, como destaca Arretche, a separação em fases não pode ser vista como algo estanque.

Sob essa perspectiva, Silva *et al.* (1997), afirmam que “o *policy cycle* (ciclo de vida da política) não pode ser concebido de forma simples e linear, nem pode, por definição, possuir um ponto de partida claramente definido. Considerando que o contexto interfere nesse processo, o ciclo de uma política é melhor representado por um complexo fluxo de ações e decisões de governo; um conjunto de *stakeholders* que dão sustentação a política; e finalmente por “nós” críticos representados pela conjugação do processo de sustentação da política dos programas, da coordenação interinstitucional e

da capacidade de mobilizar recursos institucionais”. Portanto, o êxito ou o fracasso das ações e programas sociais vai depender diretamente do contexto no qual são implementados, e de seus atores chaves, sendo os programas desenvolvidos em arenas complexas de interação e negociação entre esses atores, que determinariam a sua funcionalidade (Ferreira, 2009).

Os estudos sobre implementação de programas contemplam diferentes dimensões deste processo desde as estruturas organizacionais e institucionais, os procedimentos administrativos; as concepções e práticas dos atores no processo de mudança (indiferença, aceitação passiva/ativa, resistência) e a análise política (padrões de poder entre e no interior das organizações) (Hogwood & Gunn, 1984).

Considerando estas questões este estudo estruturou-se a partir das seguintes dimensões de análise interrelacionadas que direcionaram a pesquisa documental, a elaboração do roteiro de entrevista bem como dos grupos focais:

1) **Análise do contexto de implementação dos programas**

2) **Análise política e institucional**

- Identificação dos atores políticos envolvidos com os programas no plano local
- Interesses (convergentes / conflituosos)
- Concepções dos atores envolvidos acerca da intersectorialidade e do PBF
  
- As **estruturas** institucionais e organizacionais - arenas de pactuação entre os atores (conselhos e comissões); localização destas arenas na hierarquia institucional; órgãos e setores envolvidos,
- Instrumentos, mecanismos e processos de gestão
- Regras formais e informais e procedimentos que moldam a interação entre os atores, incluindo normas e bases legais dos programas;
- Posição organizacional de cada ator, que afeta a definição de interesse, suas funções e relações com os outros atores
- Desenho operacional do programa e processo de implementação: cadeia de implementação; aspectos intersectoriais, a interdependência

- entre os atores e elos da cadeia de implementação e os conflitos potenciais (Hogwood & Gunn, 1984);
- Mecanismos institucionais de coordenação de fluxo de informações

No capítulo 1 analisou-se como o princípio da intersetorialidade integra o desenho operacional dos programas e sua teoria (estruturas institucionais e organizacionais previstas, instrumentos e mecanismos de gestão, concepção de intersetorialidade no programa). No estudo deste processo no contexto local analisou-se como o princípio da intersetorialidade foi apropriado no âmbito da implementação das condicionalidades do PBF considerando: o funcionamento das estruturas institucionais e organizacionais que afetam a articulação entre os atores; as concepções dos agentes implementadores sobre o princípio da intersetorialidade e sobre os fatores que condicionam sua implementação (favorecendo ou constringendo).

A análise considerou a compreensão das relações sócio-políticas que se estabeleceram entre os diferentes atores em distintos setores de governo (saúde e assistência), e a visão que têm sobre as possibilidades e limites da articulação intersetorial. Como dito, a articulação entre setores é um processo desafiador, considerando os interesses, concepções, práticas institucionais, disputas por recursos políticos, financeiros, etc. que complexificam as relações entre os atores sociais. A análise deste processo contribuiu para compreender os fatores que podem potencializar ou desafiar a articulação intersetorial.

O estudo também identificou as formas de articulação entre os setores de Saúde e Assistência Social, no Comitê Intergestor do PBF no município de Niterói, principalmente no acompanhamento das condicionalidades e na existência de mecanismos gerenciais no interior dos referidos comitês. Apesar deste ser um dos principais espaços institucionais previstos no PBF que potencialmente afetariam a intersetorialidade o estudo identificou outros espaços possíveis que se estabeleceram no nível local.

Entendendo a importância do contexto organizacional sobre a implementação de uma política, a análise do objeto deste estudo foi desenvolvida com base na metodologia de Estudo de Caso no município de Niterói, no bairro Cantagalo. O Estudo de Caso é definido como a investigação empírica de um fenômeno que pode

difícilmente ser isolado ou dissociado do seu contexto (Yin, 1984 *in* Denis e Champagne 1997). Becker (1999) e Yin (2004) mostram que esta metodologia é uma estratégia adequada às investigações que buscam aprofundar uma dada realidade, sendo bastante favorável à compreensão de processos e situações sociais complexas. É preferido quando o tipo de questão da pesquisa é da forma “como” e “por quê?”, e em situações nas quais o investigador tem controle muito reduzido sobre os eventos, ou quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos dentro do contexto de vida real.

Quanto ao foco temporal, o Estudo de Caso é bastante amplo, pois permite que o fenômeno seja estudado com base em situações contemporâneas, que estejam acontecendo, ou em situações passadas, que já ocorreram e que sejam importantes para a compreensão das questões que envolvem a pesquisa. Yin propõe que o estudo de caso seja:

*(...) uma investigação científica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos; enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidência (...) e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise dos dados. (YIN, 2001, p. 32-33).*

No caso deste estudo o período analisado refere-se ao contexto atual de implementação (2009- 2010), mas foram considerados antecedentes históricos de experiências de intersectorialidade no município de Niterói.

## **2.1 - O trabalho de campo**

Os dados foram coletados a partir de múltiplas fontes, baseadas em relatos, documentos ou observações, o que justifica a utilização das técnicas de coleta de dados envolvendo análise documental, entrevistas semi-estruturadas, observação direta e grupos focais.

A pesquisa desenvolveu-se no período de 2009 a 2010. Na fase exploratória foi feito contato com a gestão municipal do PBF que nos encaminhou ao Núcleo Bolsa

Família (NBF), pois naquele momento, o coordenador estava assumindo também a gestão do programa. Contactamos com a representante da saúde no Comitê Intergestor do PBF e com o Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa do PMF/FMS de Niterói, para apresentar a proposta de investigação, solicitar permissão para realizar o estudo e utilizar os documentos existentes sobre os programas, sendo entregue uma carta de apresentação a cada representante institucional. Tentou-se também, contato com o representante da Secretaria de Assistência Social no referido Comitê, porém constatou-se nesse momento, que não havia representação desta Secretaria neste Comitê, e que atualmente a Gestão do Bolsa Família, através do NBF, encontra-se no gabinete do prefeito e não mais na Secretaria de Assistência Social. Com isso, optou-se por contactar a assistente social que atualmente encontra-se lotada no NBF, e que participou da gestão anterior do PBF.

Foram realizadas cinco entrevistas semi-estruturadas com gestores dos programas e profissionais da saúde e da assistência. As entrevistas foram agendadas e realizadas posteriormente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Foram feitas com o representante da Saúde no Comitê Intergestor do PBF, com a assistente social do NBF, com um profissional do CRAS que atende a região de Pendotiba e com o supervisor de Serviço Social do PMF/GBT2/Região Oceânica, todos atores institucionais envolvidos diretamente com o PBF e/ou PMF. Estas entrevistas são entendidas como uma ferramenta de pesquisa que, para Minayo (1992: 122), permite manter:

*“o relacionamento livre de amarras, informal e aberto (...) onde o entrevistado se libera das formulações precipitadas, para introduzir ou fazer intervenções que visam abrir o campo de exploração do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões”.*

Destacamos aqui que não foi permitido gravar a entrevista com o coordenador do PBF no município, o qual se propôs apenas a responder às perguntas do roteiro. As respostas foram registradas e digitadas pela secretária, e assinadas pelo gestor/coordenador do PBF.

Foram elaborados roteiros específicos para entrevistar o coordenador do PBF; o representante da Saúde no Comitê e a assistente social do NBF; o profissional de CRAS e o supervisor de Serviço Social do PMF. As perguntas basearam-se em estudos já

realizados sobre o PBF que também analisaram a questão da intersectorialidade (Coelho, 2009; IBASE, 2008; Monnerat e Souza, 2008).

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Durante sua realização, foi solicitada assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido para gravação e utilização das informações, tendo sido assegurado o sigilo, privacidade e anonimato dos entrevistados.

Na análise documental, foram utilizados documentos, portarias, legislação existente sobre os programas e sobre o contexto local para identificação da teoria do programa, espaços institucionais previstos para articulação entre os setores, instrumentos e mecanismos de incentivo à ação intersectorial.

A utilização da observação direta com registros em diário de campo foi concentrada em alguns momentos em reuniões dos Fóruns Intersetoriais Locais<sup>15</sup>, que aconteceram na Regional Pendotiba e no I Seminário Intersetorial do PBF, com obtenção de informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Para Neto (2002), *“a importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas...”*. Ressalta-se aqui que as reuniões do Fórum Intersetorial Local, atualmente tratam de questões relacionadas apenas à referência e contra-referência e às ações de combate a Dengue. Estas reuniões acontecem, pelo menos, a cada dois meses nas Regionais do município, tendo sido realizada a observação direta na última reunião que aconteceu em 20/07/2010.

Foram realizados grupos focais com os profissionais de saúde que atuam na USF e com representantes das famílias beneficiárias do PBF, sendo elaborados roteiros específicos para cada grupo. Estes roteiros tiveram como eixos principais os seguintes itens: intersectorialidade, condicionalidade, capacitação. Os grupos foram realizados com três médicos e três técnicos de enfermagem da USF Cantagalo I e II do PMF Niterói, e com 12 responsáveis pelas famílias de beneficiários do Programa Bolsa Família adscritas a essa unidade de saúde, e teve como objetivo central identificar percepções, sentimentos, atitudes e idéias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade (Dias, 2000). De acordo com Johnson (1994) citado por Dias (2000), os usuários dessa técnica partem do pressuposto de que a energia gerada pelo

---

<sup>15</sup> Espaço criado a partir do Comitê Gestor Intersetorial (descrito no capítulo 3), que funcionam em cada Regional do município.



grupo resulta em maior diversidade e profundidade de respostas, isto é, o esforço combinado do grupo produz mais informações e com maior riqueza de detalhes do que o somatório das respostas individuais.

## **CAPITULO 3 – O contexto local de implementação**

### **3.1 - Caracterização da cidade de Niterói e da região de Cantagalo**

O município de Niterói foi criado em 10 de maio de 1819, sendo considerado um município de médio porte, com uma área territorial de 132 Km<sup>2</sup> e população, segundo o último censo do IBGE-2000 de aproximadamente 458.465 habitantes, com estimativa para 2009, do mesmo Instituto, de 479.384 habitantes, sendo o quinto município mais populoso do estado do Rio de Janeiro. Faz parte da região metropolitana II, juntamente com os municípios de São Gonçalo, Silva Jardim, Rio Bonito, Tanguá, Maricá e Itaboraí. Tem como limite ao norte e a leste o município de São Gonçalo, ao Sul o Oceano Atlântico e a oeste a Baía de Guanabara, que é a sua divisa com a cidade do Rio de Janeiro.

Quanto à infraestrutura urbana, o município possui 76,56% dos domicílios com água encanada, 65,74% com rede de esgoto sanitário e 86,02% com recolhimento regular de lixo (PMN/Secitec, 1999). Atualmente 75% do território de Niterói é coberto pelo tratamento de esgoto e 100% da cidade é abastecida com água encanada pela Companhia Águas de Niterói. É considerada a quarta cidade em qualidade de vida do país e a primeira do estado do Rio de Janeiro, de acordo com o Índice de Qualidade de Vida (IQV-UFF), elaborado pela Universidade Federal Fluminense (PMN/Secitec, 1999). A cidade possui, ainda, um dos IDH-M mais altos do Brasil – 0,821, ocupando a primeira posição no estado e a décima quinta no país (Senna & Cohen, 2002).

Com relação à saúde, Niterói destaca-se pela trajetória inovadora, fundamentalmente centrada na reestruturação da rede básica de atenção à saúde, tendo como base a continuidade do processo histórico voltado para a cidadania, onde unificou gestores, população usuária e profissionais dos serviços, ainda que este último de forma bastante lenta.

Alcançar uma gestão de qualidade na saúde vem se impondo como necessidade que deve ser encarada pelas políticas públicas ao longo da história brasileira. Essa exigência levou sucessivos governos a institucionalizar o setor saúde de forma centralizada nas administrações federal e estadual. Como exemplo, podemos citar a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, a estruturação dos Departamentos

Estaduais de Saúde Pública, na década de 30, e a institucionalização do Ministério da Saúde na década de 50.

As administrações municipais, embora em contato direto com os problemas de saúde da população, não possuíam estruturas destinadas ao enfrentamento destes problemas. Algumas iniciativas municipais, como a do Rio de Janeiro, então Distrito Federal na década de 30, demonstraram a importância que as administrações locais poderiam desempenhar na minimização dos problemas de saúde. (FMSN, 1995).

A idéia de municipalização da saúde ganha status de diretriz política no ano de 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram abortadas pelos governos militares. Na década de 70 retoma-se esta discussão transformando-a em eixo estratégico da reforma sanitária do país. Esta recuperou o papel do poder local enquanto força imprescindível às transformações necessárias na condução das gestões sanitárias para a população brasileira. Para isso, houve a necessidade de um esforço suplementar das administrações municipais em possibilitar a criação de estruturas, com dinâmicas próprias, que pudessem articular e complementar ações de interesse sanitário no ritmo das demandas apresentadas.

Em Niterói, a institucionalização do setor saúde começa na primeira metade da década de 70 com a criação da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social, que desenvolveu propostas de reestruturação da rede básica de atendimento, a partir de várias iniciativas. Essa estrutura foi redimensionada e ampliada, sendo introduzido o primeiro plano municipal de saúde com o planejamento de construção de uma rede de serviços municipais, calcada na atenção primária à saúde, complementando a rede pública estadual e federal já existente.

Logo em seguida, nos anos 80, criou-se o Projeto Niterói que, segundo Goulart (2007), foi um espaço autônomo de organização e resistência em saúde, e uma experiência docente-assistencial, que foi base para a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), onde propunha articular várias instituições prestadoras de serviços numa rede hierarquizada de atenção em nível local, e que reuniu em torno da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) vários atores sociais capazes de mobilizar a sociedade para a criação do SUS em Niterói.

Segundo Marques (2006), essa gestão foi marcada, ainda, pela criação das unidades básicas de saúde na periferia da cidade, alargando a rede municipal. A implantação dessas unidades fundamentou-se na proposta de Cuidados Primários de Saúde defendida em Alma-Ata (1978). Buscava-se atuar de forma articulada com as demais unidades da rede, tais como os centros de saúde e hospitais estaduais, PAM previdenciários e o hospital universitário, de acordo com os princípios da Medicina Comunitária e Atenção Primária à Saúde.

Ressalta-se, que o Projeto Niterói era uma estrutura colegiada, em que os representantes das quatro instituições públicas prestadoras de serviços nesse município (SMS, SES, UFF e INAMPS) constituíam uma comissão executiva local, funcionava através de grupos de trabalho e contava com um secretário executivo. Este Projeto criou uma relação com os movimentos sociais organizados, onde incorporou em sua estrutura, fóruns de discussão entre direções de unidades de saúde e associações de moradores e, posteriormente, reformulou sua Comissão Executiva, onde o CREMERJ e a FAMNIT passaram a ter assento.

Em 1989, uma coligação de partidos progressistas, liderados pelo PDT, elegeu o prefeito de Niterói, que convidou para assumir a pasta da Secretaria Municipal de Saúde o até então Secretário Executivo do Projeto Niterói, profissional que militava no movimento sanitário local. Segundo Mascarenhas (2003), grande parte dos técnicos que exerciam funções nos grupos de trabalho desse projeto, assumiu cargos na Secretaria Municipal de Saúde, promovendo o encaminhamento do processo de municipalização da saúde e a reorganização do sistema local, respaldados pelas recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e pela Constituição Federal de 1988.

Ainda em 1989, a Secretaria de Saúde de Niterói aderiu ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), iniciando o processo de transferência da gestão das unidades de saúde federais e estaduais, bem como os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária.

Marques (2006) destaca que a conjuntura nacional era extremamente favorável à municipalização da saúde como um dos princípios do SUS, contido no texto constitucional. Dessa forma, ainda no ano de 1989 concretizam-se a regionalização e a descentralização das ações de saúde, através da implantação dos Distritos Sanitários. Viabilizou-se, dessa maneira, a proposta de adscrição de clientela, encampando as

Unidades de Saúde que eram estaduais, bem como a estrutura de Vigilância Sanitária, o que tornou necessária a formação de um Departamento de Recursos Humanos com o intuito de organizar os profissionais dessas unidades e um futuro concurso público. Nesse período, em meio a conflitos entre os integrantes do Projeto Niterói e da Prefeitura Municipal, o então Prefeito, Jorge Roberto Silveira, sugeriu a instituição de uma Fundação Municipal de Saúde, isolada da Secretaria Municipal, que passaria a assumir a gestão do processo de descentralização do sistema de saúde no município. (COHEN, 2001)

Em 1990, já como um órgão integrado à SMS, mas à parte da Prefeitura, foi então criada a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS) como instrumento administrativo para atender à necessidade da implantação do SUS no município, na tentativa de agilizar o processo de reestruturação do sistema local de saúde, já que tinha a responsabilidade prerrogativa de gerenciar o Fundo Municipal de Saúde.

Segundo O'Dwyer (FMSN, 1995), a opção de Niterói pela criação da FMS foi motivada pela necessidade de criar um espaço institucional diferenciado, com grau de autonomia que pudesse, não só dar conta das demandas sanitárias que não eram tradicionais a este nível de governo, como desenvolver infra-estrutura ágil e nova cultura organizacional de base municipal, que garantisse gestão única e efetiva dos serviços, investimentos de diferentes fontes, favorecendo ao desenvolvimento do sistema de informação, investimentos de capital com ampliação e alocação de novos serviços, inclusive reativando ou instalando leitos hospitalares e adquirindo diversos equipamentos. Para o autor, a autonomia da FMS constituiu-se em instrumento fundamental na mobilização de fóruns de negociação entre interesses, às vezes conflitantes, dos diversos segmentos da sociedade, apontando rumos mais democráticos na definição de políticas públicas no setor saúde.

Para Cohen (2001), o processo de municipalização em Niterói ocorreu rapidamente, levando a modificações estruturais no desenho institucional do SUS no município. A Secretaria Municipal de Saúde incorporou à sua estrutura a Fundação Municipal de Saúde e várias outras instâncias de gestão, sob o argumento de tornar possível o gerenciamento de diversas instituições incorporadas ao SUS.

Para Cunha (2005), nessa fase da municipalização, buscou-se implementar um modelo assistencial inspirado nas recomendações da OPAS sobre os Sistemas Locais de Saúde. A estratégia projetada para articular e viabilizar a construção desse modelo em Niterói foi o Distrito Sanitário que, como mecanismos gerenciais, reorganizaram a rede de unidades de saúde municipalizadas de forma regionalizada e descentralizada. A delimitação dos mesmos procurou atender a divisão sócio-geográfica empregada historicamente no município, bem como aspectos relacionados ao sistema viário e a distribuição de recursos de saúde. Dessa forma, ainda no ano de 1990, foram então estruturados em Distrito Sanitário Norte, Leste e Centro-Sul, e foi projetado para as equipes que os compunham o papel de “*articular as unidades de saúde existentes no seu território, reorganizando seus perfis e promovendo a incorporação de uma nova cultura de serviços de saúde, que dialoga e constrói junto com as populações a forma de preencher suas necessidades de saúde*” (FMS / Plano Municipal de Saúde 1994/1996).

A implementação da proposta trouxe para esse cenário as fragilidades do então modelo assistencial para sustentar a garantia de acesso e qualidade da atenção e, principalmente, a equidade. Buscou-se assim, um novo paradigma que rompesse as bases da organização dos serviços, e propostas de reorientação do sistema de saúde entraram em disputa nesse contexto.

Em 1991, diante da epidemia de meningite e de dengue I e II ocorridas em 1989, o então secretário municipal e o prefeito visitaram Cuba com o intuito de conhecer o modelo de medicina familiar, assinando um convênio de colaboração técnico-científica entre Cuba e Niterói. Com isso, concretizou-se em nível municipal um conjunto de decisões políticas para adaptar a experiência cubana de Medicina de Família. A partir de então, Niterói passa a contar com ações de assessoria técnica do diretor do Policlínico Lawton - Havana, que durante muitos anos teve forte ligação com o Programa Médico de Família em Niterói.

Vale ressaltar que nesse mesmo ano (1991), realizou-se nesse município a I Conferência Municipal de Saúde, com a participação de diferentes setores e diversas instituições representantes dos profissionais de saúde e do movimento organizado. Foi nessa I Conferência que se aprovou a criação do Conselho Municipal de Saúde, responsável pela definição da política de saúde no nível municipal.

Segundo Cohen (2001), com a aprovação da proposta de reorganização do Sistema de Saúde em Niterói a partir do Programa Médico de Família, rompeu-se a unidade da equipe gestora na formulação e implementação de Políticas de Saúde, à medida que a Atenção Básica se dividia entre o modelo tradicional das Unidades Básicas de Saúde e o PMF.

### **3.2 – A implementação do Programa Médico de Família em Niterói**

Em 1992, foi implantado o Programa Médico de Família (PMF) no município de Niterói, inspirado nas noções de integralidade, hierarquização territorial, adscrição de clientela e participação popular, sendo inaugurado em setembro o primeiro módulo do PMF, no morro do Preventório, em outubro o do Viradouro e em novembro o do Cavalão, todos localizados na região Centro-Sul.

O PMF foi desenvolvido a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Niterói e a Associação de Moradores, num processo de co-gestão. É garantido neste convênio, o repasse de recursos financeiros diretamente da Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico para a Fundação Municipal de Saúde, os quais são previstos no orçamento municipal especificamente para este fim. Somente em 1999, o município passou a receber um incentivo financeiro (PAB variável), do Ministério da Saúde, próprio para a implantação do PSF, e que está sujeito à prestação de contas por meio de mecanismos formais prescritos na forma da lei.

Como citado por Hubner e Franco (2007), para a implantação do PMF foram considerados alguns requisitos básicos como critérios. Podemos destacar: - bairros com riscos sociais e ambientais, população de baixa renda não contemplada pelo poder público com equipamentos sociais, com estrutura geograficamente fechada e com perfil socioeconômico semelhante, possibilitando a adscrição da clientela ao serviço e ampliando o acesso aos mesmos, uma vez que as unidades de atenção primária mantiveram-se abertas, não contrariando o princípio da universalidade; - existência de organização comunitária (Associação de Moradores), legalmente constituída, com vínculos locais que permitam a co-gestão do modelo e a contratação dos profissionais de saúde em regime de 40 horas de trabalho semanal, regidos pela CLT; - divisão das comunidades em setores (microáreas), onde cada setor abrange uma população pré-

definida, e a área de abrangência deve permitir o acesso da equipe básica a todos os domicílios do setor, e dos usuários ao Módulo, sem o uso de meios de transporte. Esta área deve permitir também, a execução das ações da equipe básica de saúde no interior das unidades, nas residências, na rede de referência de saúde do município, quando necessário, e/ou nos equipamentos sociais da comunidade; - possibilidade de cadastramento de todas as famílias do local.

A seleção dos profissionais do PMF ocorre a partir de uma prova escrita específica segundo a categoria profissional, e os que nesta são aprovados são convocados a passar por uma entrevista, que fica a cargo de uma banca examinadora. Essa banca é composta por uma equipe multiprofissional de supervisores e coordenadores, com propósito de análise do perfil do candidato, e no caso deste ser técnico de enfermagem também são realizadas avaliações quanto à realização de determinadas práticas de enfermagem. Os candidatos aprovados são contratados tendo a Associação de Moradores como entidade contratante e co-gestora nesse processo admissional.

É oferecido aos contratados o treinamento introdutório, com carga horária de 40 horas/aula, onde neste é enfatizado o conteúdo de Políticas Públicas de Saúde e Vigilância em Saúde, sendo os profissionais da equipe de supervisão e coordenação os instrutores desse treinamento. A capacitação permanente, conforme orientação do Ministério da Saúde fica a cargo do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP) para as atividades de aperfeiçoamento técnico.

Além do importante aumento da cobertura do PMF, verificam-se na última década iniciativas que levaram a maior estruturação do sistema de saúde tanto em quantidade e qualidade dos serviços ofertados como em termos de maior integração do PMF com o restante da rede. Destaca-se aqui a criação, em 1996, de algumas Policlínicas Comunitárias (com base na redefinição de antigas unidades de saúde) cujo objetivo principal era aprofundar o processo de descentralização e regionalização do sistema local. (Monerat, 2009).

As Policlínicas Comunitárias compreendem áreas geograficamente definidas e com a população totalmente coberta pelo PMF. Estes estabelecimentos de saúde contam com especialidades de baixa densidade tecnológica, definidas pelo perfil epidemiológico local. O sistema local é composto também pelas Policlínicas Regionais

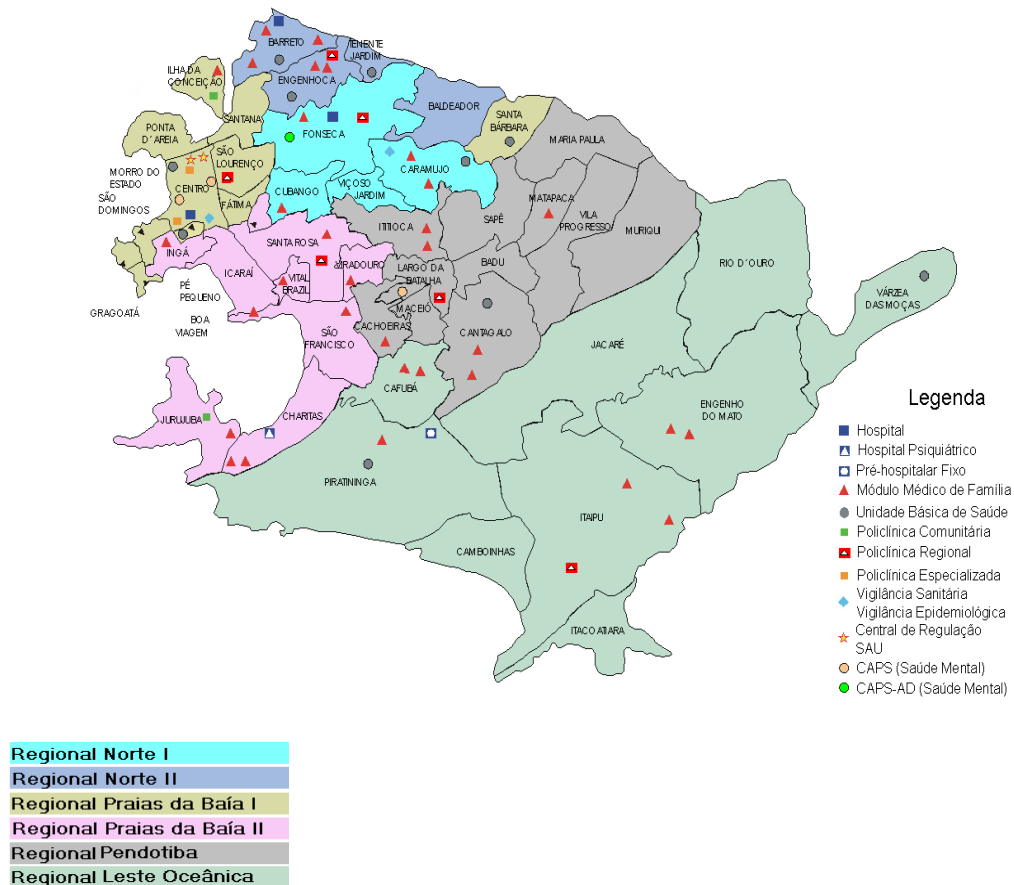


e de Especialidades. A estruturação das Policlínicas Regionais foi pensada a partir de inúmeras variáveis como densidade demográfica, grau de vulnerabilidade da população, distribuição geográfica das unidades de saúde, facilidade de acesso, considerando as linhas de transporte coletivo no município, dentre outras questões. Caracterizam-se por ser a porta de entrada para áreas não cadastradas pelo PMF e referência de segundo nível para a população cadastrada, contar com especialidades de baixa e média densidade tecnológica, definidas pelo perfil epidemiológico regional e serem responsável pela programação e vigilância em saúde na regional. Já as Policlínicas de Especialidades (serviços de oftalmologia, radiologia, oncologia, dentre outros) são unidades em que o acesso se dá apenas por referência de Unidades Básicas, PMF, Policlínica Comunitária ou Regional.

A lógica que prevalece na organização do sistema é de que um conjunto de Unidades Básicas, Módulos do PMF e Policlínicas Comunitárias devem se vincular a uma Policlínica Regional, compondo uma dada região de saúde segundo critérios de acessibilidade (geográfico, malha viária) e perfil sanitário. As Policlínicas Regionais assumem, assim, função de planejamento e integração dos estabelecimentos de saúde (Cunha, 2005), funcionando como pólo para a descentralização dos serviços especializados e dos exames complementares, com papel ordenador da atenção à saúde em dada região e cumprindo a função de estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais. Assim, uma região de saúde é formada pelos módulos do PMF, as Unidades Básicas de Saúde, as Policlínicas Comunitárias, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Policlínicas Regionais, assim como pelo Serviço Pré-Hospitalar Fixo ligado ao sistema de Urgência vinculado ao SAMU (Serviço de Assistência Móvel de Urgência) As situações de saúde de maior complexidade são então encaminhadas aos setores especializados e à internação hospitalar quando necessário.

Hoje, a divisão político-administrativa do município se configura em seis regionais compostas por 33 módulos do PMF, 10 UBS (Unidade Básica de Saúde), 02 Policlínicas Comunitárias; 06 Policlínicas Regionais, 02 Policlínicas de Especialidades, 03 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), 02 Hospitais Gerais; 01 Serviço Pré-Hospitalar Fixo, 01 Hospital Psiquiátrico, 01 Hospital Pediátrico, 01 Hospital Universitário, 01 Maternidade, 03 Laboratórios e 01 UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

**Figura 2 - REDE DE SAÚDE DE NITERÓI**



Fonte: FMS/PMF Niterói

O sistema de referência e contra-referência viabiliza o acesso do usuário a todos os níveis do sistema, através do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU), permitindo ao Módulo do Médico de Família garantir o atendimento em qualquer outra unidade, independente de seu nível e segundo critérios de regionalização. Atualmente esse sistema de referência e contra-referência vem apresentando grandes dificuldades devido à necessidade de reestruturação dos outros níveis de atenção à saúde, fato esse que vem ocorrendo também em vários municípios do país.

Na atual estruturação regional, Niterói fazendo parte da região metropolitana II, exerce a função de pólo para alta complexidade nas áreas de hemoterapia, oncologia e oftalmologia e é o município onde está sediada a Central de Regulação Estadual (Cunha, 2005).

Atualmente em Niterói, o programa vem implantando uma nova proposta de equipe de trabalho, onde incorpora o enfermeiro e os agentes comunitários, com atendimento de 2.000 pessoas por equipe. Porém, o enfermeiro não está diretamente ligado a uma equipe, e sim a uma unidade de saúde, tendo esta uma ou mais equipes de trabalho. A atual equipe gestora da secretaria de saúde segue orientações do Ministério da Saúde, e tem como objetivo aumentar a cobertura populacional de atendimento do PMF no município.

Essa proposta inicia com quatro unidades de saúde piloto, onde duas unidades são novas (Alarico de Souza e Bernardino) e duas já estão em funcionamento há alguns anos (Vila Ipiranga e Palácio), com a perspectiva de ampliação gradativa para as demais unidades de saúde da família já existentes no município. A primeira unidade a funcionar com esse novo modelo é a Alarico de Souza, inaugurada em 27/08/10, com 02 equipes diferenciadas de saúde da família, denominadas de “equipes ampliadas” (dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde) e uma equipe de saúde bucal. Vale ressaltar que como forma de incentivo a essa proposta, está sendo oferecido um acréscimo ao salário, exclusivamente, para os profissionais médicos que atuarem nessas unidades de saúde piloto, bem como nas que serão ampliadas gradativamente.

Apesar da cobertura de atendimento do PMF em Niterói estar em torno de 28% da população total do município, a presença deste em 70% das áreas de maior vulnerabilidade social tende a favorecer o alcance de melhores índices de acompanhamento das condicionalidades do que as unidades básicas e policlínicas (FMS/PMF, 2009).

### **A experiência de Cantagalo**

A pesquisa realizou-se na Unidade de Saúde da Família do Cantagalo I e II (Haidée Santamaría), localizadas na região de Pendotiba, onde atendem três e duas Equipes Básicas de Trabalho, respectivamente, e têm como referência para assistência de maior complexidade a Policlínica Comunitária Cantagalo, a Policlínica Regional e o Serviço de Pronto Atendimento do Largo da Batalha. Até o ano de 2005 estas USF funcionavam integradas em uma única estrutura física, de forma bastante deficiente devido ao espaço físico reduzido, principalmente no que diz respeito às acomodações destinadas à permanência dos usuários.

Do ponto de vista da localização, o bairro do Cantagalo possui uma posição geográfica de transição entre o interior maciço costeiro e a baixada litorânea. Com uma área de 4,56Km<sup>2</sup> limita-se com Largo da Batalha, Cafubá e Badú. A sua base territorial é marcada pela presença de morros, que se alternam no espaço com vales aplainados pelo processo de erosão.

A ocupação da área se deu de forma predominantemente espontânea, principalmente nas ladeiras com graus de declividades variados desordenada, sendo que o arruamento irregular já atinge o alto do morro de igual denominação. (PMN, 1999).

Atualmente o PMF Cantagalo I e II atendem cerca de 5800 pessoas adscritas em 05 setores (03 no Cantagalo I e 02 no Cantagalo II), as quais se encontram distribuídas em 03 comunidades (Morro do Cantagalo, Frei Orlando e Biquinha). Estas comunidades são constituídas por uma população de estratificação social baixa, e residente em aglomerados urbanos de alta densidade populacional, em áreas de risco identificado, ou seja, situadas em encostas ou com precária infra-estrutura higiênico-sanitária. É importante dimensionar que o processo vivenciado por essas comunidades permite às equipes do PMF, avaliar que elas sofrem influências de natureza econômicas, sociais, políticas, culturais, sanitárias e demográficas, dentre outras, que refletem diretamente no modo de organização local e resposta às modalidades de ações.

A USF do Programa Médico de Família do Cantagalo I localiza-se na Estrada Francisco da Cruz Nunes, próximo ao comércio do bairro, e o Cantagalo II no espaço do CIEP, tornando o acesso da comunidade cadastrada à seus serviços facilitado devido a proximidade. De acordo com o Relatório de Gestão do PMF de 2009, diversas articulações tem se feito desde a inauguração do Cantagalo II, com a direção e corpo

docente do CIEP embora a aplicabilidade das ações de saúde com os escolares vem se dando no atendimento pontual de situações emergenciais, por outro lado a maioria dos escolares encontra-se cadastrados pelo PMF nas unidades de saúde presentes no Cantagalo, recebendo assim, um atendimento integral nas consultas agendadas ou mesmo na demanda espontânea.

Como se pode observar na tabela abaixo, a população cadastrada pelo PMF no bairro Cantagalo representa 73,85% da população residente. Segundo Relatório Anual de Gestão do ano de 2009 do PMF, 26,15% de usuários moradores estão vinculados à Policlínica Comunitária do Cantagalo na assistência relacionada a atenção básica, sendo, no entanto, necessário a implantação de mais equipes básicas de trabalho do Programa Médico de Família para garantir a estratégica Saúde da Família como prioridade de assistência na Atenção Básica no município de Niterói, reforçando a Policlínica Regional de Largo da Batalha como Pólo de Responsabilidade Sanitária da Regional.

**Tabela 1 - Distribuição da população cadastrada pelo PMF no bairro Cantagalo, segundo policlínica de abrangência, população total e percentual de cobertura, em 2009.**

<b>Policlínica Regional</b>	<b>Bairros</b>	<b>População total</b>	<b>População do PMF</b>	<b>Cobertura (%)</b>
Largo da Batalha	Cantagalo	7.829	5.782	73,85%

Fonte: SDI / PMF / VIPACAF / FMS-NITERÓI

Atualmente o PMF Cantagalo I atende cerca de 3.415 pessoas distribuídas em 01 comunidade (Morro do Cantagalo), e o PMF Cantagalo II 2367 pessoas distribuídas em 03 comunidades (Morro do Cantagalo, Frei Orlando e Biquinha), conforme tabela abaixo. Essas comunidades são constituídas por uma população de estratificação social baixa, e residente em aglomerados urbanos de alta densidade populacional, em áreas de risco identificado, ou seja, situadas em encostas ou com precária infra-estrutura higiênico-sanitária.

**Tabela 2 -Distribuição da população atendida pelo PMF Cantagalo I e II, total de família e médias de usuários, em 2009.**

Unidades de Saúde	Número de setores	População cadastrada	Famílias cadastradas	Média de usuários por domicílio	Média de usuários por setor	Média de famílias por setor
Cantagalo I	03	3.415	1.009	3,39	1.138	336
Cantagalo II	02	2.367	708	3,34	1.184	354

Fonte: SDI / PMF / VIPACAF / FMS-NITERÓI

De acordo, ainda, com o Relatório de Gestão citado anteriormente, os dados sobre a composição dessa população mostram uma discreta predominância de indivíduos do sexo feminino, onde 50,5% encontram-se no Cantagalo I e 51,63% no Cantagalo II. Na distribuição da população residente no Cantagalo I por faixa etária, o percentual de concentração maior está na faixa etária de 25 a 29 anos (10,10%) seguida dos maiores de 60 anos (10,07%), e pela faixa de 10 a 14 anos que concentra 9,55% da população total. Já no Cantagalo II, o percentual de maior concentração está na população acima de 60 anos concentrando 11,03%, seguida pela faixa etária de 30 a 34 anos, 9,59% e pela de 25 a 29 anos que concentra 9,55% da população total.

Esses dados demonstram que a caracterização da população atendida também é um elemento importante para análise e faz parte do detalhamento das informações obtidas a partir do cadastramento dos moradores nas comunidades atendidas pelo PMF, permitindo um reconhecimento do perfil das famílias e seus componentes.

**Tabela 3 - Cobertura do acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF nas USF Cantagalo I e II na 1ª vigência de 2010.**

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA						
Unidade	Total de famílias	Famílias TA	Cobertura	Famílias PA	Cobertura PA	Cobertura TA + PA
PMF Cantagalo I	157	132	84,08%	2	1,27%	85,35%
PMF Cantagalo II	69	49	71,01%	3	4,35%	75,36%

Fonte: SDI / PMF / DESUM/VIPACAF / FMS-NITERÓI

Obs: TA – Totalmente acompanhada/ PA – Parcialmente acompanhada

No PMF o acompanhamento das condicionalidades é realizado pelos médicos e técnicos de enfermagem que são os profissionais que lidam cotidianamente com a

população adscrita. A Supervisão de Serviço Social coordena este trabalho, e realiza, junto às equipes do PMF, reuniões com as famílias beneficiárias. Atualmente as USF de Cantagalo I e II acompanham, respectivamente, 157 e 69 famílias com perfil saúde para o PBF, e apresentam um dos melhores percentuais de cobertura do PMF, sendo a USF Cantagalo I a 2ª melhor em termo de cobertura no acompanhamento das condicionalidades da saúde (85,35%), ficando atrás apenas da USF Palácio (86,42%).

### **3.3 – A implementação do PBF em Niterói**

A implantação do Programa Bolsa Família em Niterói teve início em 2003, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). Segundo Relatório de Gestão de 2005 dessa secretaria, devido ao crescimento dos programas de transferência de renda (principalmente o Bolsa Família) e a instituição do Cadastro Único, em outubro desse mesmo ano, foi criado o Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania (NBRC), instância da SMAS, que tinha o objetivo de coordenar os programas de transferência de renda em desenvolvimento no nível local, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Agente Jovem e o próprio PBF.

O cadastramento para o PBF, em Niterói, começou no final de 2003 sob a coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social que, em alguns momentos, recebeu apoio da Fundação Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal de Educação, e de instituições não governamentais. O apoio da educação e saúde se deu, sobretudo, com o objetivo de que estas instâncias procedessem à migração dos beneficiários do Programa Bolsa Escola (PBE) e do programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)/Programa Bolsa Alimentação (PBA) para o Bolsa Família.

O governo federal, no ano de 2005, induziu um recadastramento com o objetivo de reavaliar os cadastros realizados até então em todo país, na tentativa de adequar o foco do programa. De acordo com o relatório de gestão do Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania de 2005, o município desenvolveu este recadastramento através do NBRC, dos Núcleos de Apoio às Famílias (NAF) e dos CRAS, onde esse último estabeleceu convênio com o Projeto Agente Jovem para realização da atividade.

Em Niterói, a gestão do PBF no setor saúde é realizada pela Coordenação de Alimentação e Nutrição, instância diretamente vinculada ao Departamento de Supervisão Metodológica (DESUM) o qual, hierarquicamente está subordinado à Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) da Fundação Municipal de Saúde (FMS). O acompanhamento das famílias beneficiárias no município é realizado nas unidades do PMF, nas Unidades Básicas de Saúde e nas Policlínicas Regionais.

A tabela abaixo mostra a evolução da cobertura das famílias com perfil saúde no município de Niterói entre os anos de 2006 e 2010 (este último relativo à 1ª vigência).

**Tabela 4 - Cobertura das famílias perfil saúde do PBF em Niterói, com base nas famílias totalmente e parcialmente acompanhadas**

<b>ANO</b>	<b>Total de famílias</b>	<b>Famílias totalmente acompanhadas</b>	<b>Cobertura famílias totalmente acompanhadas</b>	<b>Famílias parcialmente acompanhadas</b>	<b>Cobertura famílias parcialmente acompanhadas</b>
1ª vigência 2006	8.329	1.796	21,56 %	1.085	13,02 %
2ª vigência 2006	10.675	2.365	22,15 %	1.035	9,70 %
1ª vigência 2007	11.904	3.725	31,29 %	1.979	16,62 %
2ª vigência 2007	11.312	3.288	29,07 %	2.013	17,80 %
1ª vigência 2008	10.743	4.718	43,92 %	499	4,64 %
2ª vigência 2008	9.664	3.283	33,97 %	899	9,30 %
1ª vigência 2009	9.353	3.602	38,51 %	656	7,01 %
2ª vigência 2009	9.357	3.979	42,52 %	585	6,25 %
1ª vigência 2010	9011	4.234	46,99 %	171	1,90 %

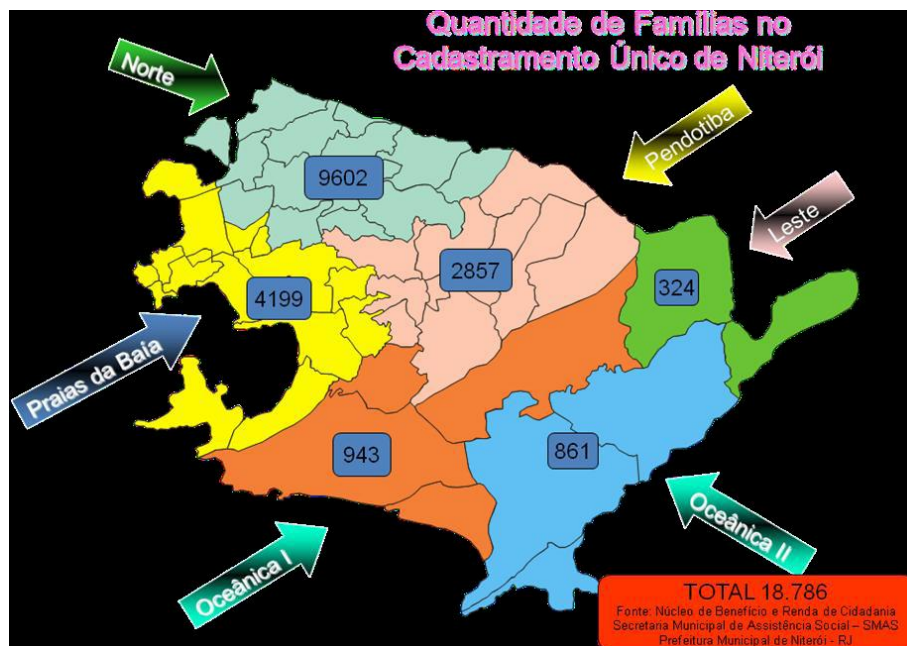
Fonte: MS/SE/DATASUS

De acordo com a tabela acima, podemos observar o aumento gradativo na cobertura de acompanhamento das famílias que em 2006 era de 21,56% e em 2010 está em torno de 47%.



Com relação à distribuição das famílias beneficiadas no território municipal, segundo o cadastro único no ano de 2007, a região norte da cidade concentrava a metade dos beneficiários (51,11%), conforme figura abaixo.

**Figura 3 - Quantidade de famílias no CadÚnico de Niterói, junho 2007**



Fonte : Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania da Secretaria Municipal de Assistência Social

Segundo dados da pesquisa “*Programa Bolsa Família: Percepções e Trajetórias de inserção das famílias beneficiárias*” e do MS/DATASUS, o município tem baixa taxa de acompanhamento das condicionalidades no setor saúde (47% em 2008, 49% em 2009)<sup>16</sup>, sendo que 70% deste total representam a cobertura realizada pelo PMF. Este, ao contrário das unidades da “rede convencional”, apresenta condições mais favoráveis ao acompanhamento das condicionalidades em razão do modelo assistencial que preconiza a adscrição da clientela, o vínculo com as famílias, o princípio da territorialidade e o trabalho de campo.

Com relação ao IGD, pesquisa da SENARC (2008) mostra que os recursos desse índice têm contribuído para aprimorar a gestão do PBF no nível local, e que têm sido utilizados na compra de materiais de consumo e computadores, como também na

<sup>16</sup> Levando em consideração famílias totalmente e parcialmente acompanhadas

melhoria do local de atendimento aos usuários. Em Niterói o teto desse recurso está em torno de 27 mil reais mensais, porém o município nunca conseguiu receber mais do que 20 mil reais, devido à baixa taxa de acompanhamento das condicionalidades. O IGD como mecanismo de indução financeira, favorece, em certo grau, o aumento desses índices de acompanhamento, principalmente na saúde (Monnerat, 2009). Porém, torna-se um desafio a criação de mecanismos e estratégias que possam contribuir para reduzir os conflitos presentes na dinâmica intersetorial do PBF.

### **3.4 - Antecedentes históricos de gestão intersetorial**

A análise documental, especialmente das atas de reunião dos programas analisados, indicou uma série de informações que possibilitaram compreender aspectos históricos relacionados com o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Em Niterói, é longa a trajetória de desenvolvimento de diversas ações conjuntas entre diferentes áreas de políticas públicas que, obviamente não ocorreram de forma linear e muito menos com continuidade e sustentabilidade no tempo. Na verdade, sempre existiram inúmeras ações de articulação pontuais e dispersas pelos territórios do município como forma de enfrentamento da pobreza e dos limites da lógica setorial. Essas experiências ocorriam por iniciativas de caráter espontâneo e informal dos profissionais que estavam mais próximos das demandas sociais, principalmente os do Programa Médico de Família. Foi dessa forma que ocorreram aproximações entre saúde, assistência e educação historicamente no município.

Essas experiências resultaram em aprendizado institucional, principalmente em relação à consciência de que a ação intersetorial não deve se resumir às articulações passageiras visando atender demandas pontuais. Dessa forma, em 2005 foi criado o Comitê Gestor Intersetorial do município de Niterói formado por um representante das secretarias de educação e assistência social e dois representantes da saúde. A saúde possuía essa representação diferenciada em face da necessidade de contemplar a

coordenação do PMF e da rede convencional de atenção à saúde que, embora possuam mecanismos de articulação entre si, têm instâncias gerenciais separadas<sup>17</sup>.

Houve a necessidade da definição de um território único de atuação, já que a saúde, educação e assistência social atuavam em delimitações geográficas específicas. Após um longo processo de discussão e pactuação entre as três áreas, definiram-se territórios comuns de intervenção que teve como referência as áreas de gestão das policlínicas regionais.

A partir de 2006 o Comitê Gestor Intersetorial passou a coordenar as iniciativas regionais de ações intersetoriais que foram estruturadas de forma descentralizada no município. Assim, cada regional contou com uma Comissão Intersetorial composta por dois delegados da saúde (coordenador de área do PMF e diretor da policlínica regional), um representante da educação e representantes da assistência social vinculados aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), cuja principal função era articular o desenvolvimento das ações intersetoriais nos diversos bairros e localidades que compunham cada regional, como também incentivar a definição de problemas prioritários que deveriam ser enfrentados conjuntamente. Inicialmente o Comitê Gestor Intersetorial sugeriu que se definisse o PBF como tema prioritário para o município como um todo, porém cada regional elegeu uma questão que considerava prioritária em seu território, como por exemplo: dengue, violência, Bolsa Família, acessibilidade dos deficientes físicos, saúde mental, dentre outras, prevalecendo a autonomia das regionais e a opção de atuar sobre as singularidades de cada território.

Ainda no ano de 2006, o Comitê Gestor Intersetorial organizou um seminário com o tema “I Ação Intersetorial no Território”, que contou com a presença do prefeito e dos secretários dos setores envolvidas. Este seminário teve como objetivo formalizar uma ampla parceria entre os setores governamentais para intervir nos problemas sociais das comunidades de Niterói, reunindo profissionais das Redes de Saúde, Educação e Assistência Social. Outro objetivo do evento era de pleitear a oficialização do referido Comitê, fato este que não ocorreu, frustrando as expectativas de reconhecimento institucional, uma vez que o Comitê permaneceu como instância informal dentro da

---

<sup>17</sup> A partir de consulta a Atas de Reuniões do Comitê Gestor Intersetorial.

estrutura administrativa da prefeitura, o que comprometeu a continuidade da experiência<sup>18</sup>.

No primeiro semestre de 2007 houve forte desmobilização das ações intersetoriais, também devido, neste mesmo período, à saída da então Secretária de Assistência Social, importante protagonista que estimulou o debate em torno da intersectorialidade no município. A partir do segundo semestre de 2007, retomaram-se as reuniões do Comitê Gestor Intersetorial para definição de ações a serem desenvolvidas por todas as regionais do município, onde priorizaram as ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF e intervenções conjuntas sobre o tema relativo às pessoas portadoras de deficiência. Em geral, as regionais desenvolveram ações relativas ao PBF e a questão das pessoas com deficiência ficou em segundo plano. Portanto, a indicação do PBF não atendeu completamente aos anseios de todos os atores envolvidos na ação intersectorial, gerando resistências principalmente na área de educação.

O período de eleição para prefeito e vereadores no ano de 2008, também representou séria ameaça à continuidade das ações intersetoriais, pois foi um momento caracterizado pelo acirramento das políticas partidárias em torno da sucessão para prefeito. Essa transição política provocou a paralisação do processo de articulação intersectorial em curso, devido à perda de poder político-institucional de alguns atores-chaves envolvidos no processo. Como o resultado da eleição foi desfavorável à coligação partidária no poder à época, a retomada da experiência de articulação intersectorial através do Comitê Gestor Intersetorial foi completamente desmobilizada por conta da saída de diversos integrantes chave que deixaram de ocupar cargos na prefeitura, sendo extinto o referido comitê. Atualmente o que permanece como instância de articulação intersectorial, são os Fóruns Intersetoriais Locais, que como já visto, funcionam hoje, nas regionais do município, apenas com discussões sobre referência e contra-referência e ações de prevenção e combate à Dengue.

Apesar da intersectorialidade não constar formalizada nos documentos oficiais do PMF<sup>19</sup>, este traz em suas experiências a proposta de articulação intersectorial no desenvolvimento das ações. Um exemplo aconteceu em 1996, com a transformação da Unidade Básica de Saúde de Jurujuba em Policlínica Comunitária, que por conta do

---

<sup>18</sup> Informação obtida através de conversa informal com atores que não ocupam mais cargos na prefeitura.

<sup>19</sup> A intersectorialidade está descrita apenas na descrição das funções das equipes básicas de trabalho e da supervisão multiprofissional, como descrito no capítulo 1 desse estudo.

grande número de módulos em sua região, organizou um interessante plano de ação intersetorial, onde se integraram a Secretaria Regional do bairro, a Secretaria de Meio Ambiente, os serviços de saúde, diversas instituições e outros segmentos interessados em atuar conjuntamente. Tal proposta culminou em 2005 com a criação, nessa localidade, de um complexo de saúde envolvendo o módulo do Médico de Família, a Policlínica Comunitária e a Estação de Tratamento de Esgotos de Jurujuba, da Concessionária Águas de Niterói (FMS/PMF, 2006). Outras experiências no município que estabeleceram parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde e outras secretarias municipais para implementação de melhorias nos bairros onde se instalaram unidades de saúde do PMF merecem destaque como: o “Vida nova no Morro”, um projeto de urbanização de favelas e de saneamento da Secretaria de Serviços Públicos e da Empresa Municipal de Urbanismo e Saneamento, e alguns projetos da Companhia de Limpeza Urbana, como “Sábado é Dia de Faxina”, “Joga Fora no Lixo” e “Garis Comunitários”, direcionados principalmente às ações de prevenção e combate à Dengue, que determinaram grande mobilização da comunidade local.

#### **CAPÍTULO 4 - A construção da intersectorialidade – Interfaces entre o PBF e PMF no cumprimento das condicionalidades**

A literatura indica que a concepção dos atores envolvidos afeta o processo de implementação de um programa. Arretche (2001) ressalta o papel crucial dos agentes implementadores na condução de determinado programa, visto que envolve as referências que estes possuem e, portanto um conjunto de interesses, consensos e conflitos que podem reformular o desenho original do programa. Sob essa perspectiva, é fundamental compreender como agentes implementadores partilham objetivos e concepções sobre o programa.

Outro aspecto importante refere-se ao elevado grau de autonomia que alguns desses agentes implementadores possuem nas decisões, e estas são realizadas com base nas concepções que adotam no desempenho de suas funções. Nesse sentido, tornou-se crucial conhecer as concepções e percepções dos diversos atores sociais envolvidos com a implementação do PBF em Niterói sobre a temática da intersectorialidade.

Este item analisa, a partir da pesquisa documental, das entrevistas com os gestores e dos grupos focais, a concepção de intersectorialidade que marcou a fala dos atores entrevistados, o funcionamento dos espaços institucionais de articulação entre os setores e dos instrumentos e mecanismos que potencialmente afetaram as ações intersectoriais.

A concepção de intersectorialidade apareceu na fala dos gestores de ambos os setores, bem como dos gestores responsáveis pela coordenação do programa de forma estritamente correlacionada com cumprimento das condicionalidades. Os termos associados ao conceito de intersectorialidade foram:

*“uma forma de interagir”, “uma forma de trabalhar junto”, “uma coisa que se mistura”, “uma articulação entre os setores”.*

*“Forma de interagir entre as secretarias para manter as condicionalidades do bolsa família”. (E5 – gestor do programa)*

Ainda que de forma parcial, as falas do gestor e dos representantes institucionais no Comitê Intergestor do PBF, revelam aspectos que envolvem o difícil processo de articulação entre as secretarias:

*“[...] É isso que é o difícil, a gente tem as secretarias muito diversificadas, mas a gente aqui no município de Niterói não conseguiu desenvolver um trabalho intersetorial de verdade [...]” (E1 – Integrante do comitê intergestor).*

*“É difícil, eu vejo assim, qualquer ação intersetorial é difícil, porque são pessoas diferentes, de áreas diferentes, que ocupam cargos diferentes. [...] acho que ainda falta, ainda falta muita discussão, assim, pra gente ver. Assim, enxergar a intersetorialidade como política pública, como direito de todos, visando o bem de todos, ainda falta.” (E2 – Integrante comitê intergestor).*

Como visto, o principal espaço institucional que potencialmente contribui para a articulação entre os setores no PBF é o Comitê Intergestor. No entanto, outros espaços que já integravam a estrutura organizacional do PMF passaram a atuar como principal cenário para o diálogo entre os dois programas.

Diferentes espaços institucionais se colocaram como potenciais lócus de articulação entre os atores no município de Niterói por agregarem atores chave dos programas aqui em pauta, dentre eles: o referido Comitê Gestor Intersetorial que foi extinto, o Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania, o Núcleo do Programa Bolsa Família. Além disto, instâncias relacionadas com o PMF também devem ser consideradas, como as Reuniões de Setor.

O *Comitê Intergestor do PBF*, instância gestora do PBF do município juntamente com o NBRC, foi criado em 2006 (Portaria nº 393/2006) sendo formado por representantes das Secretarias de Assistência Social, Educação e Fundação Municipal de Saúde, e eram as principais instâncias de gestão do Programa Bolsa Família em Niterói. Através do decreto nº 10.556/2009, houve a transferência da gestão do PBF de Niterói da SMAS para Chefia de Gabinete da Prefeitura, e foi criado o Núcleo do Bolsa Família (NBF) para gerenciar o Programa no município.

Uma vez que o repasse do IGD ocorre através do Fundo Municipal de Assistência Social e sua liberação tem que ser aprovada pelo Conselho Municipal de Assistência Social, um primeiro dado que se coloca no caso de Niterói é o fato de que a SMAS não foi incorporada às reuniões do Comitê Intergestor do PBF. O PBF tem previsto em sua estrutura organizacional a articulação entre a saúde, assistência e educação, e no momento em que um desses setores deixa de participar desse processo,

pode causar comprometimento das ações intersetoriais, visto que tendem a executar as ações de forma fragmentada.

Através de consultas aos documentos observou-se que ocorriam reuniões do Comitê Intergestor do PBF. No entanto, nos depoimentos dos integrantes do Comitê Intergestor, atualmente as reuniões não têm acontecido com periodicidade regular, e tem contado com a participação da Secretaria Municipal de Educação, da Fundação Municipal de Saúde e do Núcleo do Bolsa Família, estando a Secretaria Municipal de Assistência afastada desse processo. Ainda assim o gestor do PBF relata que existe uma agenda entre as secretarias, incluindo a SMAS.

*“[...] inicialmente ele (o Comitê Intergestor) tinha reuniões periódicas, tinham ações mais conjuntas mas no último ano isso não aconteceu de fato. Assim, eu considero até que já está em processo, a gente tem tido algumas conversas, mas ele ainda não está com ações conjuntas. Hoje a composição é nossa secretaria, nosso departamento, o DESUM que é da Fundação Municipal de Saúde, a Fund. Municipal de Educação que tem a coordenadora e hoje a coordenação do programa está na mão do gabinete do prefeito, e foi formado um Núcleo para gerenciar o programa dentro do município. Hoje o que a gente sente falta é a participação nesse contexto da secretaria de Assistência Social. [...] a gente não se reúne, há os encontros que já aconteceram, assim pontuais, a maioria foi solicitado pela saúde, mas não tem reuniões periódicas, tem contatos mais pontuais, para assuntos pontuais, não para ação conjunta do programa como um todo, o que pode comprometer o trabalho. (E1- Integrante comitê intergestor )*

*“Reuniões, a gente tenta até ter uma certa periodicidade mas não é fácil, porque as demandas tanto da educação, saúde são enormes então prá gente está se encontrando tem que conferir as agendas”.(E2 – Integrante do comitê intergestor)*

*“[...] tem uma agenda entre as Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação. São temas ligados ao cumprimento das condicionalidades” (E05- gestor).*

As falas acima deixam claro também que a baixa frequência com que se realizam as reuniões pode interferir no andamento das atividades e comprometer o êxito das ações. Em estudo acerca da Intersetorialidade em saúde, Ferreira e Silva (2008)



ressaltam que o fato de o funcionamento dos grupos de trabalho intersetorial ocorrer de forma esporádica e irregular pode contribuir para a insuficiência de algumas atividades, como também ser responsável pela desmobilização do grupo de trabalho.

De acordo com relatos em documentos oficiais<sup>20</sup> desde a sua criação, o colegiado do Comitê Intergestor do PBF se reunia mensalmente, sendo a última ocorrida em maio de 2009, com a participação de diversos atores<sup>21</sup>. As discussões, em sua maioria, eram sobre como enfrentar as dificuldades de ampliação da cobertura do acompanhamento das condicionalidades, principalmente do setor saúde, e sobre a necessidade de atualização e ampliação do cadastramento da população pobre do município. Com isso, várias estratégias foram adotadas, sendo a principal delas, a realização de reuniões descentralizadas do PBF diretamente com as famílias beneficiárias, que tinha como idéia central sensibilizar para o cumprimento das contrapartidas, esclarecerem os objetivos do Programa, sanar dúvidas dos beneficiados e divulgar os locais de cadastramento para o Programa. Em setembro de 2008 foi divulgado um calendário de reuniões descentralizadas com as famílias em diversos locais do município, para que as instituições pudessem divulgar e encaminhar os beneficiários.

No que diz respeito à dinâmica intersetorial outros espaços de articulação intersetorial foram otimizados no âmbito do PMF e da Assistência Social. Esses espaço são as Reuniões de Setor<sup>22</sup>, que fazem parte da estrutura organizacional do PMF. Isso pode ser constatado no grupo focal com os beneficiários e nas entrevistas com o profissional do PMF e do Comitê Intergestor do PBF.

*“[...] Olha só, no nosso caso nós procurávamos fazer essa articulação com a secretaria de assistência principalmente quando a ex-coordenadora ainda estava no CRAS da região Oceânica, porque como foi ela que organizou, implantou o CRAS na região, ela tinha conhecimento do funcionamento, inclusive da implantação da bolsa família, participou de alguns cadastros em áreas de risco, então ela*

---

<sup>20</sup> Foram disponibilizadas as atas de reuniões do Comitê Intergestor do PBF para consulta durante a coleta de dados da pesquisa.

<sup>21</sup> Os atores presentes foram : coordenação do NBRC da SMAS, SME, DESUM da FMS, coordenação de Direitos Humanos, dentre outros.

<sup>22</sup> Reunião de Setor- prevista na metodologia do PMF como espaço onde a Equipe Básica é estimulada a esclarecer sobre sua atuação técnica e a abordar as questões epidemiológicas e sanitárias do setor, fortalecendo a relação com os membros da Associação de Moradores da área e provocando a participação dos moradores usuários adscritos. Essa atividade propicia ações intersetoriais, possibilitando a construção de projetos com vistas à melhoria das condições do meio ambiente das comunidades.

*sabia exatamente como direcionar as reuniões [...]” (E3- profissional PMF)*

*“Eu já participei no médico de família de um grupo com idoso, hipertensão, criança, recém nascido. Teve vez de vim gente pra falar de aposentadoria, direitos da mulher que trabalha fora, e sobre o bolsa família também. Esse pessoal era de outro lugar. Eles ensinavam pra gente o que era bom, eu sempre estava em todas, sinto muita falta disto”. (GF – beneficiário)*

*“Houve uma atividade aqui em relação a tirar documento e que falou do bolsa família também.” (GF – beneficiário)*

*“Essa reunião mesmo (com relação à reunião de setor<sup>23</sup> do PMF). Eu vim porque tem coisa que a gente precisa ficar sabendo, temos que ficar por dentro de tudo e através da reunião eles podem chegar, falar e a gente ouvir e ficarmos cientes das coisas.” (GF – beneficiário)*

*“[...] Com a assistência a gente também consegue fazer algum trabalho, o trabalho não tá articulado com a assistência, mas assim mesmo a gente trabalha com os CRAS. Essa aproximação tem que ser mais trabalhada, mais desenvolvida. Mas a gente acredita que eles são parceiros muito importantes. Tem umas reuniões do PMF que a assistência, ou melhor, que os CRAS participam. É uma experiência bem legal.” (E1 - Integrante comitê intergestor)*

Como visto, alguns mecanismos e instrumentos de gestão do PBF podem também potencialmente contribuir para a articulação entre os setores, tais como o IGD, o CAD ÚNICO (se utilizado para um planejamento integrado), o mapa de acompanhamento das condicionalidade e até mesmo o fluxo de informações sobre o programa e os processos de formação que favorecem o acesso dos gestores e profissionais à informações. Portanto, cabe analisar como estão sendo implementados estes mecanismos no contexto de Niterói.

Destaca-se como atribuição do Comitê Intergestor, a gestão dos recursos repassados pelo governo federal com base no *Índice de Gestão Descentralizada (IGD)* que avalia a qualidade da gestão municipal do Programa, através do monitoramento da implementação do CAD ÚNICO e do acompanhamento das condicionalidades.

---

<sup>23</sup> É pertinente esclarecer que antes da realização do grupo focal com as famílias, foi realizada uma reunião de setor no Ciep do Cantagalo.

Para Arretche (2001), o IGD pode ser uma forma de contemplar uma estrutura de incentivos na implementação do programa, condizente com seus objetivos e metas. Esses incentivos podem estimular a cooperação dos atores envolvidos que, a partir de suas próprias referências, especificidades e autonomias dos sujeitos locais, colaboram para mudanças no desenho original da política social, podendo contribuir, também, para o sucesso da mesma.

Considerando que o IGD é um importante **mecanismo de incentivo** ao processo de implementação do PBF cabe analisar como ele afeta a intersetorialidade. Em tese o IGD motivaria a integração entre os setores porque para que o recurso seja repassado, as secretarias devem cumprir com o acompanhamento das condicionalidades. Portanto, o recurso é repassado para a Secretaria de Assistência de Niterói, mas este repasse depende do acompanhamento das condicionalidades pela saúde e educação. Ainda assim, para que o IGD favoreça uma articulação mais orgânica entre os setores é necessário que as definições de prioridades de uso deste recurso sejam pactuadas nesses espaços institucionais. No caso de Niterói, o espaço potencial para tal seria o Comitê Intergestor. No entanto, de acordo com os depoimentos de integrantes do comitê, isso parece não estar acontecendo no município:

*“Olha, o IGD nesses dois anos que eu estou aqui ele anteriormente, ele não era utilizado diretamente em função do programa. Em alguns momentos foram desenvolvidos trabalhos, mas nesse último ano, um ano e meio, a gente não teve acesso ao IGD. Agora tem cerca de um dois meses que foi disponibilizado o IGD para o gestor do programa. Então pra ações pontuais da saúde até hoje não foi utilizado nada do IGD.” (E1 – Integrante comitê intergestor)*

*“[...] Olha, até o momento isso ainda não foi definido, agente não sentou nenhuma vez pra conversar sobre o IGD e como ele vai ser utilizado, já foi até verbalmente solicitado que a gente colocasse algumas necessidades nossas, mas até agora não tem nada concreto, não foi nada, assim desenhado, nada escrito, nada definido pra utilização do IGD. Há uma conversa informal não foi nada ainda articulado, sentado e colocado no papel pra que isso aconteça”. (E1 – Integrante comitê intergestor)*

*“[...] aqui no programa eu to passando pela segunda gestão. A 1ª não completa, e essa agora ainda em curso. Na primeira gestão que eu participei, foi meado de 2008 a 2009. Aí, em 2009 veio a segunda gestão. Nesses seis meses, naquele ano, o programa, pela Assistência Social não era executado diretamente. Era executado através do convênio. [...] Havia as reuniões do comitê, educação, saúde e assistência social, tinha até uma representante da secretaria de direitos humanos. Essas reuniões, esses encontros aconteciam periodicamente. Mas, no tocante ao recurso IGD, era a própria instituição que definia o que é que ia ser... Até tinha esse link, o coordenador do programa na época ouvia, escutava as demandas que seja da saúde, da assistência, e assim, mas eu não tive contato, até hoje, de ampla utilização do IGD”. (E2– Integrante comitê intergestor).*

Na tentativa de fortalecer o compromisso intersetorial algumas providências parecem estar sendo tomadas no sentido de viabilizar a execução de atividades conjuntas, e dentre estas, a pactuação do uso do IGD pelo Comitê Intergestor do PBF em Niterói. A Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro (SEASDH/RJ) solicitou que a coordenação municipal do PBF em Niterói elaborasse um plano de ação intersetorial para os anos de 2009/2010. Isso pôde ser constatado pela disponibilização do plano de ação já elaborado, durante a coleta de dados desse estudo, como também pelo relato abaixo:

*“Esse ano a gente já, a gente foi meio que também obrigado assim, entre aspas, a coordenação estadual do programa fomentou, assim, um encontro nosso, entre essas esferas, e que nós colocássemos, materializássemos um plano de prioridades né, entre as esferas, saúde, educação e assistência, para ver quais seriam as nossas ações, nossas prioridades desse ano. Isso foi feito, nós colocamos isso num documento, o estado... foi enviado pro estado e a gente ta tentando, mediante o que a gente colocou no plano, ta executando.” (E2– Integrante comitê intergestor)*

Segundo estudo sobre o IGD de Estrella e Ribeiro (2008), problemas com o fluxo de informações podem incentivar de maneira perversa o registro de acompanhamento das condicionalidades, uma vez que os setores podem registrar de

forma pouco confiável, devido ao risco de diminuição ou perda do repasse do recurso. Alguns aspectos nesse sentido foram identificados pelos entrevistados, porém ainda de forma bastante discreta referenciando-se apenas ao aumento de cobertura do acompanhamento das condicionalidades por determinadas unidades de saúde, mas que a *posteriori* pode levar a essa forma de registro intencional e equivocada colocada pelos autores.

*“[...] é uma grande preocupação que eu tenho visto hoje, das policlínicas, das unidades básicas, são as pessoas quererem chegar no seu nível máximo de cobertura. Fica vergonhoso quando chega numa dessas reuniões com todos os chefes de unidades, coordenadores, todo mundo quer apresentar dados altos de cobertura, não quer nem saber como vai fazer essa cobertura, afinal de contas o chefe maior está lá pra ouvir! “Como que a minha policlínica pode dar um dado baixo de cobertura e o outro...?” Não. “Tem que todo mundo dar cobertura alta”, que se dane como isso vai ser feito. Agora será que a forma que vai ser feito é a forma real?” (E3 – profissional PMF)*

Segundo o MDS (2007), o Cadastro Único identifica e caracteriza as famílias, possibilitando a formulação e implementação de políticas específicas. São considerados, assim como o IGD, como mecanismo de incentivo às ações intersetoriais. Nessa perspectiva os integrantes do Comitê Intergestor do PBF, os profissionais do PMF e do CRAS relatam que a disponibilização e utilização do CAD ÚNICO para articulação entre as secretarias são de suma importância. Porém, as ações existentes ainda encontram-se em processo incipiente no município, e revelam que, ainda que em pequena proporção, atualmente alguns benefícios têm sido destinados a população mais vulnerável a partir deste instrumento. Os depoimentos que seguem mostram um pouco dessa situação:

*“[...] Esse cadastro não está disponível ainda pra gente da saúde, mas ele já foi solicitado e ele vai ser disponibilizado pra gente na coordenação. [...] Quando eu quero ter uma idéia da família toda, muitas unidades trabalham com a família toda, independente se ela tem condicionalidade ou não, o acesso é o cadastro. No cadastro eu vou ter todas as informações da família como um todo, não só daquelas que precisam cumprir a condicionalidade.” (E1 - Integrante comitê intergestor)*

*“[...] Está começando. Eu considero que é um início. Por exemplo: o município fornece desconto de energia elétrica através da Ampla, para baixo consumo energético; tem agora essa questão também do PAC em algumas comunidades aqui em Niterói que se utilizam do CADÚnico, Minha Casa Minha Vida também tá utilizando o cadastro único pra tentar localizar algumas famílias ou até como ponte para o aluguel social. Tem esse LINK com o CAD.ÚNICO, que é uma forma segura, são os dados da família, território também” (E-02 - comitê intergestor)*

*“[...] Como eu acabei de dizer, seria tudo de bom seria uma forma de você ter um trabalho intersetorial real, não é só no papel, não é só uma proposta metodológica como na metodologia do bolsa família” (E-03 – profissional do PMF)*

*“[...] Olha eu vejo que é muito pouca essa articulação. Embora precise mesmo, aquilo que a gente tava falando da intersetorialidade, precisa dessa articulação, mas eu não vejo que isso aconteça, a gente simplesmente faz o cadastro único no CRAS” (E-04 profissional do CRAS).*

Atualmente o que se observa é que as ações articuladas com outras secretarias, para o acompanhamento das condicionalidades e das atividades com as famílias, têm ocorrido em sua maioria no âmbito das secretarias de saúde e educação. Este fato se destaca nas falas de membros do comitê e também na do profissional de saúde entrevistado.

*“[...] Hoje aqui no município de Niterói, a parceria que a gente tem é com a Secretaria de Educação, porque a gente consegue encontrar essas famílias nas escolas através das crianças e dos jovens. E mesmo o nosso sistema que é da saúde, ele disponibiliza pra gente a lista nominal dos alunos que ainda não cumpriram as condicionalidades, e quando a gente tem acesso a essa lista a gente faz o contato com as escolas e eles localizam esses alunos pra gente, porque é uma forma mais viável pra gente localizar a beneficiária. Na saúde a gente tem uma lista, mas a gente não sabe onde essas pessoas estão, agora com essa parceria com a educação a gente sabe que essa criança em alguma escola ela está [...] É importante. (E1 - Integrante comitê intergestor)*

*“[...] nossa proposta, nós que buscamos isso, buscamos a assistência e estamos agora trocando direto com a escola. A diretora da escola aqui do CIEP da unidade do Cantagalo II pediu para que a gente sentasse junto e a gente vai sentar com eles e trocar figurinhas [...] pra poder contribuir com a escola, porque eles também ficam perdidos, eles também não têm nenhuma orientação não, eles recebem e tem que dar conta. Às vezes vem família achando que está suspenso o benefício e pensa que é por conta da escola, mas a criança vem pra aula.” (E3 – profissional PMF)*

Porém, isso tem ocorrido a partir de uma iniciativa dos próprios profissionais que atuam nas unidades do Médico de Família, assim como outras propostas interessantes de articulação **intrasetorial** que já acontecem ou que estão previstas para acontecer.

*“[...] antes se tinha um olhar para a criança do baixo peso e hoje mudou, já está se trabalhando a questão da obesidade. Aqui no Cantagalo a gente tem a unidade do Cantagalo (“Policlínica”) que tem uma nutricionista que trabalha com crianças que estão com sobrepeso. Então assim, as crianças de sobrepeso, principalmente do bolsa família, a gente tá fazendo encaminhamento, a gente fechou isso com a unidade, e aí a gente tá mandando pra essa nutricionista trabalhar a criança com obesidade[...]”. (E3 – profissional PMF)*

*“Agora nessa vigência o supervisor de serviço social da região oceânica vai sentar também com a policlínica de Itaipu, que é a nossa referência regional. Então, o que acontece a nossa proposta é terminar todos os nossos mapas. Antes de passar para o assessor da coordenação executiva do PMF, nós vamos sentar com a diretora da policlínica, e ela vai rever a lista dela e nós vamos rever a nossa”. (E3 – profissional PMF)*

*“[...] Para você entender o trabalho conjunto com a policlínica de Itaipu a gente tem que entender a regionalização. Vou te dar um exemplo: nós trabalhamos em áreas em que as pessoas têm liberdade de escolher onde ela quer ser tratada, então se eu já tenho um vínculo de 20 anos com a policlínica e eu não tenho vínculo nenhum com o médico de família, porque também a área da região oceânica é muito extensa, e o usuário tá lá, quase do lado da policlínica, ele não vai sair de lá para ir ao módulo do médico de família que é muito distante, ele vai direto na policlínica que é a referência mais próxima. Então, existem situações que a gente já conhece e sabe como resolver. [...] Mas isso é uma atitude nossa; nós que tomamos essa iniciativa, porque se depender da*

*assistência, da saúde enquanto responsável a gente não caminha". (E3 – profissional PMF).*

Outra questão que interfere na articulação entre os setores refere-se aos instrumentos de acompanhamento das condicionalidades da saúde que vão refletir diretamente no fluxo de informações. Ruídos neste processo podem criar algum tipo de resistência para os profissionais que estão atuando diretamente com as famílias beneficiárias.

*"A gente recebe a cada vigência, 1ª vigência e 2ª vigência, uma pasta que vem com o mapa diário de acompanhamento das condicionalidades. Esse mapa diário vem com o cadastro de todas as pessoas de nossas áreas ou não, porque não é uma coisa rígida, controlada, certinha, e as equipes tem que dar conta. [...] Essa pasta a gente recebe da coordenação executiva, quem manda pra gente é o assessor da coordenação, ele é que diz quando a gente tem que devolver. Ele é o responsável pelo bolsa família no PMF, ninguém da ponta, ou seja, nenhum assistente social, nenhum profissional responsável pelo PMF de dar conta, de dar retorno a esse resultado, que no programa médico de família são os assistentes sociais, participam de reuniões. (E-03- profissional do PMF)*

No grupo focal com os profissionais do PMF, surgiu um fator importante referente às famílias que constam no mapa de acompanhamento das condicionalidades e que não estão na área de abrangência da unidade de saúde. Segundo os profissionais este problema representa uma dificuldade para a articulação entre os setores, bem como para o aumento da cobertura das condicionalidades do PBF no município.

*"[...] o número de famílias que eles dizem ser das nossas unidades e que não são. A gente informa e continua vindo na pasta seguinte. Ele continua constando como sendo nosso apesar de já termos informado que não é mais. O percentual de cobertura vai continuar batendo baixo porque nós não vamos poder dar informação de pessoas que não temos mais acesso". (GF – profissionais do PMF)*

*"[...] Exatamente por causa dessa rotatividade grande de pacientes do bolsa família e também por falta de organização do próprio cadastro". (GF – profissionais do PMF)*



*“[...] E a gente fica com essa família na pasta. O percentual de cobertura vai dar baixo e ninguém faz nada porque a própria assistência não tem resposta, eu acho que o que falta para a assistência é o que falta para a gente. É assim: Quem tá na ponta trabalhando com a bolsa família têm que ter respaldo com o trabalho dele, porque além de ter uma gama de serviço da saúde para dar conta, o bolsa família foi agregado a uma rotina. Quando se agrega a uma rotina a gente quer retorno daquilo que a gente faz, nós não temos isso. Nós só sabemos que temos um percentual baixo de cobertura. Por que isso acontece? O que pode fazer para melhorar é nos ouvir e querer entender o porquê da gente não estar conseguindo melhorar”. (GF – profissionais do PMF)*

*“[...] A sensação que eu tenho, é que o bolsa família, a gente faz, manda, vai pra lá e quando volta só muda a folha, ninguém analisa nada. Sabe por quê? A mesma coisa que você informou há um ano continua vindo, repetindo. Agora mesmo, eu estou com uma paciente que mudou há três anos, e há três anos eu estou informando isso”. (GF – profissionais do PMF)*

Na visão do gestor que integra a coordenação do PBF no município, as principais dificuldades para o desenvolvimento de ações intersetoriais e para o aumento da cobertura das condicionalidades parecem discordar dos relatos acima:

*“São relativas à deficiência de funcionamento dos CRAS, e dificuldades de aumentar cobertura por falta de agentes de saúde no modelo de saúde de Niterói.” (E-5 gestor)*

Para o profissional de saúde do PMF entrevistado e para os profissionais que participaram do grupo focal, outras questões são relevantes nesse processo, como a violência urbana, a interlocução com os gestores do programa e o feedback das informações:

*“[...] E tem pessoas que você não tem acesso, por exemplo, já tivemos pacientes que saíram daqui e a gente não sabe para onde foi e nem que tinha saído, mas isso é uma coisa ligeira, às vezes por conta de um problema que teve no morro, de drogas e de violência, a família some, desaparece, não deixa endereço e não quer nem que você saiba pra onde ela foi”. (GF – profissionais do PMF)*

*“[...] E aí a cobertura vai ser baixa, porque a pessoa continua constando no nosso cadastro, que nem é nosso, mas ele conta na hora do somatório. Então quantas famílias cobertas? Você tem 69 famílias, você só consegue cobertura de 49, 20 estão voando, onde estão estas 20? Não são nossas, mas nós somos obrigadas a manter essas pessoas na lista, como é que é isso? Mas a assistência quando ia a uma reunião não convocavam os profissionais de ponta para saber a opinião, isso é o grande problema. Porque a assistência só fala com gestão, gestão não sabe nada, gestão não está aqui, não está vivendo o dia a dia. Então, a gestão tem que participar, mas tem que se calar e deixar que quem está aqui na ponta responda, fale, mostre as dificuldades. Todas essas dificuldades; família que sumiu, que desapareceu, nós sabemos por que, só que não podemos dizer. Nós não podemos dizer que família “x” do setor tal saiu porque matou todo mundo, porque o tráfico está ameaçando, vai continuar na nossa lista. A assistência deveria estar aqui para ouvir isso ou pelo menos passar uma vez no primeiro semestre e outra vez no segundo semestre, quando nossa pastinha vem e sentar com as equipes de ponta, que sente com a supervisão, que eu tenho condições de dizer que isso eu posso responder e isso eu não posso, por vários motivos. “Agora a cobertura baixa vai continuar, porque as pessoas não têm interesse, o que eu percebo é isso, falta de interesse, porque tem como melhorar a cobertura.” (E3 – profissional do PMF)*

*“[...] nós não temos retorno, a gente manda o relatório, o mapa diário, mas isso volta pra gente no nível assim, o relatório depois de (6) seis meses eu fico sabendo o que aconteceu com a vigência do semestre anterior”. (E3 – profissional do PMF)*

Estudos indicam que os profissionais de saúde que estão na ponta do sistema na implementação das condicionalidades são os menos informados sobre o PBF, o que poderia comprometer a adesão ao próprio programa (Coelho, 2009; Ferreira, 2009). De certa forma, neste estudo isto também foi encontrado, mas apesar de terem problemas de acesso à informação, são estes profissionais que estão se mobilizando para se articularem com a assistência.

A formação dos profissionais envolvidos com os programas e o acesso dos mesmos às informações sobre estes programas vem sendo apontados como fatores

importantes na adesão destes atores ao processo de implementação. (Mazmanian & Sabatier, 1989; Hogwood & Gunn, 1984).

Neste sentido cabe ressaltar que só foi realizado um único seminário direcionado a tirar dúvidas quanto à operacionalização do PBF no município, apesar de ter como título “I Seminário Intersetorial do PBF”, o que criou expectativa para alguns atores. Segundo os atores entrevistados a capacitação oferecida tem sido realizada de forma insuficiente para atender as necessidades de quem trabalha diretamente com as famílias beneficiárias.

No entanto, é interessante perceber na fala dos entrevistados que a própria falta de informação sobre o programa levou a algum tipo de articulação entre os setores, pois os profissionais do setor saúde buscaram os da assistência social para suprir sua deficiência de informação.

*“[...] Esse seminário que teve sobre o bolsa família foi mais pra tirar dúvidas mesmo, sobre qual informação a gente deve dar pro usuário, quem tem direito e quem não tem. Esse tipo de coisa. Agora, sobre a intersetorialidade acho que eles não deram ênfase a isso não, o que foi uma pena.” (E4 – profissional do CRAS)*

*“A verdade é o seguinte: a primeira capacitação foi um cara candidato a vereador que era responsável pelo bolsa família que foi lá falar. Quando os médicos começaram a fazer algumas perguntas ele começou a se esquivar porque ele estava ali enquanto representante do gestor municipal. Então o que que acontecia, ele não queria responder as dificuldades e os buracos que estavam acontecendo; as lacunas continuaram. Depois disso o programa se propôs a fazer um encontro que seria realizado pelo responsável do bolsa; um seminário. [...] E o seminário acrescentou o quê, nada. Se você pegar a maioria dos profissionais de saúde, digo médico, uma grande maioria não sabe nem qual é a proposta do bolsa família. E os técnicos de enfermagem é que dão conta do bolsa família. Essa pasta fica em grande maioria, aqui no Cantagalo os médicos trabalham junto com os técnicos, mas uma grande maioria de unidades esse mapa é responsabilidade é do técnico de enfermagem, médico nem passa perto”. (E3 – profissional do PMF)*

*“[...] a gente não tem informação [...] que não somos nós que vamos saber dar a informação, quando a gente tem dúvidas quem nos ajuda muito é a supervisora de serviço social”. (GF – profissionais PMF)*

*“[...] pelo amor de Deus, fulana está aqui desesperada que a bolsa família dela está com problemas, o que eu faço?” Eu não sei, eu não fui capacitada, eu não tenho essa informação ou então eu chego e pergunto a técnica de enfermagem que já é “cascuda” e velha aqui no posto de família: o que você pode fazer? Ela diz que também não sabe nada. “Aí eu ligo pra supervisora, ela vem e dá o jeito dela.” (GF – profissionais PMF)*

Porém, na visão dos membros do Comitê Intergestor, a realização do Seminário contribuiu para aumentar a cobertura da saúde e para influenciar positivamente na articulação intersetorial.

*“na saúde a gente faz capacitação duas vezes por ano, a gente conseguiu fazer um seminário reunindo todos os setores (escolas, unidades de saúde, o CRAS) e foi uma capacitação importante, eu acho que, a gente percebeu que deu resultado, porque a gente conseguiu melhorar a nossa cobertura. Então a gente conseguiu retorno, mas é um trabalho que tem que ser feito com continuidade” (E1 – Integrante comitê intergestor)*

*“Sim, esse ano até estava dentro desse plano de ação, de prioridade intersetorial. A gente resolveu iniciar com um 1º seminário do programa intersetorial para os profissionais de cada área que lidam com o programa. E isso tem influenciado nessa articulação intersetorial, tem fomentado e a gente não quer terminar no primeiro, a gente quer fazer depois só com o pessoal da assistência, só com o pessoal da saúde”. (E2 – comitê intergestor)*

Em estudo sobre a implementação das condicionalidades em Manguinhos, Ferreira (2009), destaca a importância de proporcionar acesso às informações sobre o desenho operacional do PBF a todos os agentes implementadores, assim como a descentralização das informações consolidadas para as unidades de saúde. Dessa forma, as capacitações destinadas aos profissionais que atuam diretamente com as famílias podem funcionar como mecanismos positivos para alcançar resultados satisfatórios e um maior impacto nas ações desenvolvidas.

Vários fatores que dificultam a aproximação entre os setores foram citados anteriormente nessa análise. Porém, destacamos a precária estruturação do CRAS

expressa na falta de recursos e apoio da SMAS, que foi abordada na fala de diferentes atores. Atualmente os CRAS encontram-se em precárias condições de funcionamento. Um estudo sobre a implementação do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro que sistematizou as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias também evidenciou problemas como, a reduzida capacidade técnica-institucional instalada e precárias condições de atendimento nos diferentes níveis de atenção (Magalhães; Burlandy; Senna; Monnerat; Schottz & Scalécio, 2005).

*“[...] eu acho que mesmo está faltando essa articulação, e estruturar melhor o CRAS, eu acho que os CRAS estavam um pouco abandonados mas parece que já tão tendo algum investimento, estão se organizando [...]” (E1 – Integrante comitê intergestor)*

*“[...] seria o acompanhamento das famílias, o acompanhamento social das famílias. Isso nunca foi feito de verdade, porque tem a implantação dos CRAS que também é recente. É uma equipe de recursos humanos também recente, mas sem nenhum apoio por parte da secretaria. Tem uma inserção muito precária de local de trabalho. Não há um plano. Basicamente a relação que eles têm com o programa é só cadastramento de famílias.” (E2 – Integrante comitê intergestor)*

*“Agora, a dificuldade que eu vejo pra gente tá implantando as coisas aqui, é a questão de recursos mesmo para poder tá fazendo até reuniões. [...] Acho que a gente trabalha com recursos mínimos. O que a gente consegue fazer aqui é no âmbito do individual, do atendimento, do acompanhamento, mas mais no sentido individual[...]” (E4 – profissional do CRAS)*

*“Hoje o CRAS, não é que o CRAS deixou de funcionar, as pessoas que estão nele são pessoas que não conhecem Niterói, pessoas inclusive de outros municípios do Rio de Janeiro, não conhecem, não sabem como funciona o PMF, não sabe como começa a rede, não conhece a regionalização do município, não conhece nada, então assim, ficam perdidos até no encaminhamento do processo. Ela ia de ônibus às reuniões que nós a chamávamos. Agora o pessoal só vai se tiver um carro que leve, porque não conhecem Niterói.” (E3 – profissional do PMF)*

A falta de diálogo e de interlocução entre os atores sociais envolvidos com o acompanhamento das condicionalidades do PBF é outro fator que compromete o processo de articulação intersetorial.

*“Não existe diálogo. Existe um mando. A saúde vai fazer isso, que é assim que funciona; a saúde tem as condicionalidades que tem que ser cumprida. A saúde tem que cumprir as condicionalidades e ponto [...]. Prá você ter idéia como a coisa é louca, o trabalho do bolsa família era prá todo mundo estar junto nessas reuniões prá discutir as suas dificuldades, fechar a educação com a saúde e a assistência, conhecer o território, mas não. Nós vamos para uma reunião do DESUM em que só vai a saúde, as outras secretarias não sentam junto, só quem senta com a assistência é o responsável do DESUM que traz as informações do jeito dela. E aí as minhas dúvidas, a dúvida do outro e do outro fica no ar, que ta na ponta, na execução [...] Na realidade não existe uma interlocução, não existe articulação, não existe nada. O que existe uma proposta de cumpra-se e acabou.” (E3 – profissional do PMF)*

Outra questão que identificamos no relato dos profissionais entrevistados e participantes do grupo focal foi a resistência que inicialmente ocorria por parte das equipes de saúde da ponta do sistema, principalmente por estes constatarem em seus mapas de acompanhamento das condicionalidades, famílias que não correspondiam aos critérios de inclusão para recebimento do benefício.

*“Olha só, a princípio existia resistência, pois os profissionais de saúde não conheciam o bolsa família, veio uma demanda de cima para baixo. Então as pessoas, além de todas as atribuições que tinham, [...] eles receberam um mapa onde eles tinha que responder por algo que eles não sabiam nem bem o que era. Então no início foi muito difícil a gente teve que fazer um trabalho junto a esses profissionais mostrando a importância do bolsa família como um agregando à saúde. [...] eles começaram a querer indicar famílias que eles percebiam que tinham necessidades financeiras, de sobrevivência, estavam mesmo abaixo da linha da pobreza, e aí a gente não consegue inserir essas pessoas porque nós não temos acesso a isso, não temos gerência nenhuma, e aí o que acontece, as pessoas começam a desacreditar porque vem na lista pessoas que tem carro na garagem, tem emprego bom, a família toda tem uma renda familiar alta e que tem bolsa família. Então, isso é o que leva o profissional de saúde muitas das vezes a desacreditar*

*criando resistências e que a princípio dificultam a intersectorialidade [...]” (E3 – profissional PMF)*

*“Temos pessoas que realmente necessitavam, nós sabemos o salário dessas pessoas, quem realmente necessita, cadeirantes, deficientes. Teve pessoa sentada na calçada, no barzinho, tem gente que tem 5 casas alugadas a 400 reais cada uma e que a renda é de 2000 reais e tem bolsa família, porque na informação dele é que está desempregado, ou aquele salário que ele diz não é a realidade, a renda dele é muito maior. Isso chega doer na gente”.. (GF- profissionais)*

*“Aqui tinha uma família que tinha um cherokee na garagem, tinha casa em Santa Catarina, com salário que chegava a quase 5 ou 6 mil reais recebendo bolsa família [...].”(GF- profissionais)*

Este tipo de questão indica a própria concepção destes atores sobre o processo de implementação e sobre sua própria inserção neste contexto, no caso a falta de ingerência sobre o curso das ações, que pode afetar a adesão ao programa.

## **CAPÍTULO 5 - Considerações finais**

O Programa Bolsa Família é uma estratégia de transferência de renda, criado com o objetivo de combater a fome e a miséria e promover a emancipação das famílias mais pobres do país. Funciona como eixo integrador de outros programas sociais dadas a sua proposta de intersetorialidade que perpassa as condicionalidades e as ações complementares presentes no arcabouço legal do programa. Portanto, a intersetorialidade é quem faz o elo com as políticas públicas envolvidas, ressaltando que a presença de condicionalidades exige que as diferentes esferas de governo estabeleçam arranjos de coordenação intersetorial entre as áreas de assistência, educação e saúde.

Essa proposta intersetorial que está colocada no PBF está de acordo com o conceito de intersetorialidade colocado por Junqueira (1999), onde destaca que esse processo pressupõe a articulação de sujeitos sociais de diversos setores para enfrentar problemas complexos, e constitui-se numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que possibilite a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais a fim de produzir efeitos mais significativos na resolutividade desses problemas detectados.

O PBF apresenta um desenho de articulação intersetorial bastante inovador, pois intervém sobre o problema da integração de políticas públicas, destacando o objetivo de estimular a articulação institucional seja entre diferentes áreas de um mesmo governo, entre as esferas de governo e ainda entre governo e sociedade.

Por ser um programa de transferência direta de renda para as famílias um aspecto do desenho operacional do programas que mobiliza a intersetorialidade no plano local, bem como a própria inserção do governo local e de suas secretarias, são as condicionalidades.

No caso do PMF, embora a intersetorialidade não esteja explicitada nos documentos oficiais do programa como um princípio norteador, por pautar-se na ótica da promoção da saúde, suas ações são pensadas de forma integrada a outros setores. No entanto, o programa não prevê nenhum espaço institucional específico para articulação com estes setores. Ainda assim, como visto no presente estudo, as Reuniões de Setor constituíram-se em espaços para tal.



Pode-se considerar que o que se tem hoje em termos de incentivos previstos no PBF, como o IGD, ainda não tem sido suficiente para integrar diferentes setores de governo no plano local, a menos que se compreenda as ações intersetoriais apenas na perspectiva da implementação das condicionalidades. É necessário também registrar a fragilidade dos mecanismos de indução das ações complementares do Bolsa Família, como a preparação para o trabalho, o micro-crédito, a inclusão produtiva, etc., as quais dependem das condições de diálogo entre diferentes áreas de política, bem como das relações intergovernamentais mais cooperativas. Ou seja, os municípios ainda não dispõem de incentivos consistentes para o planejamento de ações intersetoriais.

Neste estudo procedeu-se a análise da experiência de articulação intersetorial entre o PBF e o PMF no cumprimento das condicionalidades da saúde. Levamos em consideração que entender a intersectorialidade a partir de ações que se associam e se complementam, pode fazer com que seja valorizada a troca de experiência e de conhecimento para criar e potencializar ações entre diferentes setores.

A intersectorialidade foi aqui concebida como um meio de intervenção na realidade social, que impõe a articulação de instituições e pessoas para integrar e correlacionar saberes e experiências. Nesse sentido, necessita de espaços cotidianos de interação e negociação, mecanismos de aproximação entre os setores, ações e programas convergentes e alocação de recursos de forma pactuada. Porém alguns fatores constrangeram este processo.

As alterações ocorridas no ano de 2009, em torno do remanejamento do núcleo do Bolsa Família da SMAS para a Secretaria Executiva do Prefeito criaram tensões em torno das questões relativas a execução do programa no município. Tal fato fez com que a SMAS deixasse de participar das discussões em torno das ações intersetoriais, porém não deixaram de executar as atividades que lhe eram pertinentes em torno do PBF através dos CRAS. É bem verdade que a atuação deste equipamento encontra-se hoje centrada apenas nas atividades de cadastramento e recadastramento das famílias, e mesmo assim, de forma bastante rudimentar, pois as estruturas físicas e os recursos materiais apresentam precariedade intensa, além da alta rotatividade dos recursos humanos.

O Comitê Intergestor do PBF, criado no âmbito do município, foi identificado como uma estrutura de incentivo à intersectorialidade, mas percebemos que em Niterói o

foco de atuação desse comitê fica limitado ao monitoramento das condicionalidades da saúde e da educação. Atualmente as reuniões não representam espaços formais de interação, pois não têm uma periodicidade estabelecida, e se concretizam a partir das necessidades pontuais que surgem, e de acordo com a disponibilidade da agenda de cada membro representante dos setores.

As articulações intersetoriais a nível local ocorrem por interesse e iniciativa dos profissionais que atuam diretamente no atendimento às famílias beneficiárias sem a participação dos responsáveis pela implementação dos programas no município. Essas iniciativas tem se revelado como importante aliada na construção da intersetorialidade local e no acompanhamento das condicionalidades. Ressaltamos que essas articulações tiveram início há pouco tempo e têm se dado, também, dentro do próprio setor saúde. Como exemplo, podemos citar as parcerias que tem ocorrido entre as USF do Cantagalo e o CIEP (saúde/educação), e entre a supervisão do PMF e a Policlínica Regional (saúde/saúde) para o acompanhamento das condicionalidades. Há que se destacar aqui que observamos relatos dos profissionais do PMF e de beneficiários acerca de atividades ocorridas há tempos atrás, envolvendo a assistência social. Além disto, como visto nos antecedentes históricos de articulação entre setores no município, as experiências que ocorreram foram fruto de iniciativas de caráter espontâneo e informal dos profissionais que estavam mais próximos das demandas sociais, principalmente os vinculados ao PMF. Como o desenvolvimento da intersetorialidade mostra ainda uma forte dependência desse tipo de iniciativa local, estas experiências podem não ter sustentabilidade institucional em longo prazo.

Quanto ao IGD pudemos perceber que as prioridades de sua utilização não são definidas e pactuadas pelo Comitê Intergestor do PBF, assim como não apresenta relação com o desenvolvimento das ações conjuntas entre as políticas setoriais envolvidas, o que faz com que este recurso não seja entendido como mecanismo de incentivo à intersetorialidade. Pelo contrário, pode funcionar como fator que dificulta a aproximação entre os setores.

É sob a lógica do acompanhamento das condicionalidades que são definidas as estratégias de implementação da ação intersetorial do PBF, e neste sentido, a referência à intersetorialidade que está no desenho operacional do programa está limitada à articulação dos setores diretamente envolvidos na oferta de serviços referentes às

condicionalidades. No que se refere à oferta de serviços de saúde, o município apresenta distribuição adequada dos serviços de atenção primária à saúde, atendendo a lógica de territorialidade, sendo a porta de entrada do sistema com localização próxima da população. Identificamos que no PMF, de acordo com a experiência dos profissionais, a implementação das condicionalidades não representou aumento de demanda para o setor saúde, como também não foi identificado captação de famílias que se encontravam excluídas dos serviços de saúde.

O acompanhamento das condicionalidades do setor saúde tem apresentado índices considerados baixos com relação a alguns municípios do país, o que faz com que a saúde, em geral, seja vista como o setor que não contribui para o aumento dos valores recebidos mensalmente através do IGD. Acreditamos que uma maior cobertura no acompanhamento das condicionalidades não ocorra devido a não incorporação do agente comunitário de saúde ao modelo de atenção básica adotado por Niterói, como citado pelo gestor do PBF desse município.

Dados estatísticos do MS/DATASUS mostram que o potencial de cobertura do PMF está em torno de 77%, (2ª vigência de 2009), o que confirma a assertiva de que quanto maior o vínculo com a comunidade e a possibilidade de realização de visitas domiciliares, atividades estas que fazem parte das ações das equipes de saúde do PMF, maior a capacidade de acompanhamento das condicionalidades. Um fator que pode justificar essa afirmação do gestor refere-se à grande variação na listagem de famílias com “Perfil Saúde” que constam nos mapas de acompanhamento enviado às unidades de saúde da família. Frequentemente há uma mobilidade de famílias, ou mesmo de membros da família, que deveria acarretar exclusão no mapa da unidade de origem e inclusão na de destino. Porém, isso não acontece tão rapidamente, pois esta dinâmica é muito complexa e envolve diversos fatores que só quem trabalha diretamente nas comunidades consegue entender.

A precariedade de fluxos internos de circulação de informações que chegam aos profissionais que atendem os beneficiários pode colaborar para criação de resistências de atores locais importantes, e dificultar a aproximação entre os setores. Nesse sentido, vale ressaltar que encontramos uma tímida tentativa de melhoria da qualidade das informações por parte do profissional responsável pelo PBF no PMF. Tímida porque apesar de realizar o cruzamento da listagem das famílias com os do cadastro do PMF

para tentar vincular o máximo de famílias às unidades de saúde, não há uma atualização sistemática dessa atividade, visto que os mapas de acompanhamento sempre retornam para as USF na vigência seguinte, com famílias ou indivíduos que saíram da comunidade ou foram a óbito, e já foi informado em vigências anteriores.

É precária a realização de treinamentos e capacitações para os implementadores locais do programa, tendo sido realizado durante o período em que ocorreu a pesquisa, apenas um seminário intersetorial, que de acordo com relato de uma das representantes do Comitê Intergestor do PBF, foi financiado pelo setor saúde.

No processo de intersectorialidade a população deve ser considerada sujeito, e não objeto de intervenção. Deve assumir um papel ativo colaborando na identificação dos problemas e na sua solução e articulando saberes e experiências para planejar, executar e avaliar as ações. No entanto, não encontramos nenhuma proposta de parceria com a população e nem com lideranças comunitárias nesse sentido, visto a importância do contexto e da cultura local para o fortalecimento e êxito dessa proposta.

A intersectorialidade é um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses, e para que as mudanças ocorram são necessárias alianças entre os atores sociais envolvidos no processo. Como forma de incentivar a articulação intersectorial a estrutura organizacional deve possibilitar e estimular a criação de espaços formais de comunicação entre os profissionais e instituições locais para o planejamento, execução e avaliação das ações, apontando para a formação de redes sociais.

## BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ARRETCHE, M.T.S., Uma contribuição para Fazermos Avaliações Menos Ingênuas, In: M.C.R.N. BARREIRA, e M.C.B. CARVALHO, org. **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**, São Paulo: IEE/PUC-SP, p 45-56, 2001.

BARROS, R.P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **O Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF)**. Rio de Janeiro: IPEA, Texto para Discussão nº. 986, out 2003.

\_\_\_\_\_. **Pobreza Multidimensional no Brasil**. [Texto de discussão nº 1227]. Brasília: IPEA; 2006.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Editora Hucitec, 1999.

BRONZO, C. & VEIGA, L., **Intersectorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática**. Serviço Social & Sociedade 92, nov. 2007.

BURLANDY L. **Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e ações de nutrição**. Piracicaba (SP): Saúde em Revista 2004; 6 (13): p. 9-16. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art01.pdf>

\_\_\_\_\_. **Comunidade Solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2003. Tese de doutorado em Saúde Pública.

\_\_\_\_\_. **Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1441-1451. 2007.

BUSS, P.; PELEGRINE FILHO, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17 (1): 77-93, 2007

BUSS, P. M., Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M.de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 176 p.

\_\_\_\_\_. **Promoção da Saúde e qualidade de vida**. Rio de Janeiro, 2000. v. 5. (Supl 1).

CAMPOS, G. W. S. **Uma análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000  
aracas: XI Concurso de Ensayos del CLAD, 1997.

CLAD. **El Transito de la Cultura Burocrática al Modelo de Gerencia Pública: Perspectivas, posibilidades y limitaciones**. Caracas; 1997. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/>

CHEN, H. T. Intervening Mechanism Evaluation. In: CHEN, H. T. **Theory-driven valuations**. Newbury Park: SAGE Publications; 1990. p. 197-213.

- COHEN, E. & FRANCO, R., 1994. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes
- COELHO, A. V. A.G. **A construção da intersectorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009
- COMERLATTO, Dunia et al. **Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. Revista Katálysis, Florianópolis, v.10, n.2, p.265-271. 2007.
- Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde - CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>
- Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde - CNDSS. **Rumo a um modelo para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (Rascunho) 2005. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>
- CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS**. Cadernos de Saúde da Família, v.1, 1996.
- CRESPO, A.P.A.; GUROVITZ, E. **A pobreza como um fenômeno multidimensional**. RAE-eletônica. São Paulo: FGV, v.1, n.2, jul/dez. 2002
- CUNHA, M. L. S. **Planejamento e gestão da atenção integral à saúde com base no território: uma reflexão sobre o papel ordenador das policlínicas comunitárias no SUS do município de Niterói- RJ**. Dissertação de mestrado. ENSP- FIOCRUZ 2005.
- CUNHA, R. E. da; PINTO, B. H. B. da C., O Programa Bolsa Família como estratégia para redução da pobreza e da desigualdade no Brasil e os processos de cooperação e coordenação intergovernamental na sua implementação. In: **XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008
- DECLARAÇÃO ALMA ATA DE 1978. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma Ata 1978, 6-12 set.
- DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implementação. In: Hartz ZMA (org.) **Avaliação em Saúde – dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
- DIAS, C. **Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas**. Informação & Sociedade, v. 10, n. 2, 2000.
- DRAIBE, S. M. **Uma nova institucionalidade das políticas sociais. Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais**, São Paulo: SEADE, São Paulo em Perspectiva, 11 (4) 1997.

FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais. In: \_\_\_\_\_. Fundação Prefeito Faria Lima. **O município no século XXI: Cenários e Perspectivas**. SP: CEPAM, 1999.

FERREIRA, M.N. **Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manginhos, RJ**. Rio de Janeiro, 2009.150f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, V. S. C. e SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz, Z. M. A. e Silva, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FMS/VIPACAF/DESUM/Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família. **Relatórios do Programa Bolsa Família na saúde**, 2007.

FMS/VIPACAF/DESUM/Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família. **Relatórios do Programa Bolsa Família na saúde**, 2008.

FMS/VIPACAF/PMF/Coordenação Executiva do PMF. **Relatório Anual de Gestão do PMF**, 2008

FMS/VIPACAF/PMF/Coordenação Executiva do PMF. **Relatório Anual de Gestão do PMF**, 2009

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN), **Revista da Saúde**, 1995

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). **Plano Municipal de Saúde 1994 / 1996**.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). **Plano Diretor 1998 / 2000**.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI (FMSN). **Plano Diretor 2001 / 2004**.

BRASIL, Programa Fome Zero. Presidência da República; 2003. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/>

FONSECA, A.M.M.; VIANA, A. L. A. **Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionada de renda na América Latina**. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.12, n.6, 2007

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>

HOGWOOD, B., e GUNN, L. **Análise da Política e do mundo real.** Oxford, Inglaterra: Oxford University Press, 1984.

HUBNER, Moreira, L. C. **A Estratégia do Programa de Saúde da Família na busca de um modelo assistencial à Saúde que contemple os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro, 1998 (mimeo).

HUBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. **O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS.** Revista de Saúde Coletiva. Physis. vol. 17, no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007.

IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas.** Relatório de pesquisa, 2008.

INOJOSA, R.M., **Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade,** São Paulo: Cadernos FUNDAP, No. 22 (1), pp 102-110, 2001.

IPEA. **Estimativa do número de pobres e indigentes no Brasil durante o ano de 2007.** Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>

JUNQUEIRA, L.A.P., **Descentralização e inter-setorialidade na gestão pública municipal.** São Paulo: FUNDAP, Textos Técnicos, outubro de 1997.

\_\_\_\_\_. **Novas Formas de Gestão na Saúde: Descentralização e Intersetorialidade.** São Paulo, Saúde e Sociedade 6 (2): pp 31-46, 1997.

\_\_\_\_\_. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde.** Adm. Pública, n. esp., 2000.

\_\_\_\_\_. **Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade.** Revista FEA-PUC-SP. São Paulo, 1:57-72, nov. 1999.

\_\_\_\_\_. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.1, p.25-36. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P., INOJOSA, R. M. & KOMATSU, S., **Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal do Brasil: A experiência de Fortaleza,** In: **XI Concurso de Ensayos del CLAD El Transito de la Cultura Burocrática al Modelo de Gerencia Pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones.** Caracas; 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária.** São Paulo, Fundap, 1997.

LAVINAS, Lena. **Proteção social sem compulsórios.** Teoria e Debate. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, n. 55, p. 12 - 18, set/out/nov, 2004.



LAVINAS, L. & VERSANO, R. **Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza**. Rio de Janeiro: IPEA. Texto para discussão n° 534, 1997.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N.G. **Saúde da família: a procura de um modelo anunciado**. Cadernos de Saúde da Família, v.1, 1996.

LIMA, ALMC. **Modelagem de Equações Estruturais: Uma Contribuição Metodológica para o Estudo da Pobreza**. Salvador, 2005.297f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

LINDBLOM, Charles. E. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M.S; SCHOTTZ, V. & SCALERCIO, G., **A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6), p.1513-1524. 2007.

MDS. **Manual de Gestão de Condicionalidades**. Brasília, 1ª edição, 2006

MARQUES, D. L. **Educação em saúde na atenção básica: concepções dos profissionais médicos do Programa Médico de Família de Niterói**. Dissertação de mestrado, UFF/ESS, 2006.

MASCARENHAS, M.T.M.; ALMEIDA, C. **O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão**. Revista Saúde em Debate, v.26 (60), 2002.

MAZMANIAN, D. A, &SABATIER, P. A. A framework for Implementation Analysis. In: **Implementation and Public Policy with a New Postscript**. 2ªEd. Lanham, Maryland: University Press of America; 1989. p. 18-44.

MDS. **Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades/acompanhamento>

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; 1992.

MONNERAT, Giselle & LAVINAS et al. **Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1453-1462. 2007.

MONNERAT, G. L. & SOUZA, R. G. de. **Relatório de pesquisa 'Programa Bolsa Família: Percepções e Trajetórias de inserção das famílias beneficiárias no município de Niterói - RJ**. Secretaria Municipal de Assistência Social UERJ/FSS, 2008.

MONTEIRO CA. **Fome, Desnutrição e Pobreza: além da Semântica**. Saúde e Sociedade 2003; 12(1), jan-jun.

\_\_\_\_\_. **A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: Implicações para as políticas públicas.** SP, Estudos Avançados, 48, 2003.

MOURA, Paulo Gabriel Martins de. **Bolsa Família: projeto social ou marketing político?** Revista Katálysis. Florianópolis. v.10, n.1, p.115-122. 2007.

NETO, O.C. MOREIRA, M.R, SUCENA, L.F.M, MARINS, R.S. **Grupos focais e pesquisa social: o debate orientado como técnica de investigação.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Ação Intersetorial para a Saúde: Pilar da Saúde para Todos no Século XXI.** Halifax, Nova Escócia, Canadá: Relatório da Conferência Internacional; 1997.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Planificación local participativa: metodologias para la promoción de la salud en América y el Caribe.** Washington, D.C., 1999.

PAIM, J. S. *Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.* In: Saúde e Democracia. A luta do CEBES. (Fleury, S. org.). São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

BRASIL, **Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil.** Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

POTVIN, L., GENDRON, S., BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.,MERCADO, F.J. (org.) **Avaliação qualitativa de programas de saúde.** Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p. 65-86.

Prefeitura Municipal de Niterói (PMN). **Perfil de uma cidade** - Niterói. Secretaria de Ciência e Tecnologia, Niterói, 1999.

Prefeitura Municipal de Niterói (PMN), **Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família.** Niterói: Secretaria de Ciência e Tecnologia. Disponível em <http://www.niteroi.rj.gov.br>

FMS. Programa Médico de Família de Niterói. **Implantação do Médico de Família em Niterói: Relato de Experiência.** Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Ambulatorial e Saúde Coletiva. Niterói: LIDADOR, 1997.

REDE UNIDA. **Intersetorialidade na Rede Unida.** Saúde em Debate 2000; 24: 55. Disponível em: [http://www.redeunida.org.br/producao/div\\_interset.asp](http://www.redeunida.org.br/producao/div_interset.asp)

ROCHA S. **Pobreza no Brasil: Afinal de que se trata.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006.

SABÓIA, A.L.; COBOA, B. **Uma Contribuição para a Discussão sobre a Construção de Indicadores para Implementação e Acompanhamento de Políticas Públicas.** Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006.

SANT'ANNA, J.; Irmãos que não se falam: programas de transferência de renda, sistemas de proteção social e a desigualdade na América Latina. In: **Congresso da Latin American Studies Association 2009**, Rio de Janeiro, Brazil, Junho 11-14, 2009

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta e revisão técnica de Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. **Modelo Assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência**. Rio de Janeiro, 2002. v. 7 (Supl.3). Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf> >

SENNA, M. C. M. **Municipalização e Controle Social: O Programa Médico de Família em Niterói**. Rio de Janeiro, 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. et al. **Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?** Revista Katálysis. Florianópolis. v.10, n.1, p.86-94. 2007.

SILVA JR, A. G. da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143 p.

SILVA, M. O. da S. e. **Renda mínima e reestruturação produtiva**, Cortez Editora, 1997.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí**. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1429-1439. 2007.

SILVA, Maria Ozarina da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo Di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda**.4. Ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, C. A.; **Fundamentos e paradigmas das redes**. Disponível em: [www.rits.org.br/redes\\_teste/rdcoonceitos.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rdcoonceitos.cfm)

SOUZA, C. **Governos e sociedades locais em contexto de desigualdades e de descentralização**.Ciência & Saúde Coletiva, 7 (3); 2002.

\_\_\_\_\_. **Redemocratização, Federalismo e Gasto Social no Brasil: tendências recentes**. XXIV Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais. GT03: Estrutura Social e Desigualdade. Petrópolis, 2000.

SOUZA C.M.; GIANLUPPI, M.V.P. **Implantação do PSF no Estado de Roraima**. Revista Brasileira de Enfermagem, n 53 (Ed. Especial), 2000.

SULBRANDT, J., A avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: **Pobreza uma questão inadiável. Novas respostas a nível mundial** (Kliksberg, B. (org), pp 365- 407, 1993.

TERRA, V.; MALIK, A. M. *Programa Médico de Família de Niterói*. In: FUGIWARA, L. M.; ALESSIO, N. L. N.; FARAH, M. F. S. (orgs.). **20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1998. 176 p.

TRAD, L.A.B. e BASTOS, A.C.S. **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação**. Cadernos de Saúde Pública, vol.14 n° 2 Rio de Janeiro, 1998.

TRAD, L. A B.; BASTOS, A. C. S. SANTANA, E. M.; NUNES, M. **A construção social do PSF: condições, sujeitos e contextos**. Salvador, 2001. (Relatório de pesquisa CNPQ).

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro: ABEC, v.20, sup.2, 2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVAL, F. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. Ciência Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.11, n.4, 2006.

VIANA, A. L. *Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas*. In: **Revista de Administração Pública RAP/FGV**, Escola Brasileira de Administração Pública. RJ, mar/abr 1998.

WESTPHAL M.F., MENDES R. **Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade**. Rio de Janeiro: FGV-Revista de Administração Pública 2000; 34 (6). Disponível em: <http://www.ebape.fgv.br/comum/asp/index.asp>

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

YIN, R. K., **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, Bookman, 2001.

## **LEGISLAÇÃO CONSULTADA**

BRASIL. **Decreto 5.209 de 14 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei no. 10.836, de 09 de janeiro de 2004.

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Julho de 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 360, MDS**, em 12 de Julho de 2005.

BRASIL. **Portaria Nº 148, MDS**, em 27 de Abril de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. Disponível em: [http://sisvan.datasus.gov.br/sbf\\_w3/z\\_relatorios\\_consolidados\\_bfa.asp](http://sisvan.datasus.gov.br/sbf_w3/z_relatorios_consolidados_bfa.asp)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Programa Bolsa Família. Benefícios e Condições**. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia/beneficios-e-contrapartidas/](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas/)

BRASIL. **Portaria GM/MDS Nº 551**. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. 09 nov. 2005.

BRASIL. **Portaria GM/MDS Nº 246**. 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 de controle social, e define o procedimento de adesão dos entes locais ao referido Programa. 20 mai. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da família**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília : Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.742, Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001**. Cria Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - “Bolsa Escola”, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001**. Institui o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

BRASIL. **Medida Provisória nº 2.206, de 10 de agosto de 2001**. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde - “Bolsa - Alimentação”, e dá outras providências.

BRASIL. **Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002.** Regulamenta a Medida Provisória nº 18, de 28 de setembro de 2001, relativamente ao “Auxílio-Gás”.

BRASIL. **Decreto nº 4.551, de 27 de dezembro de 2002.** Dá nova redação ao art. 4º do Decreto nº 4.102, de 24 de janeiro de 2002, que dispõe sobre o Programa “Auxílio-Gás”.

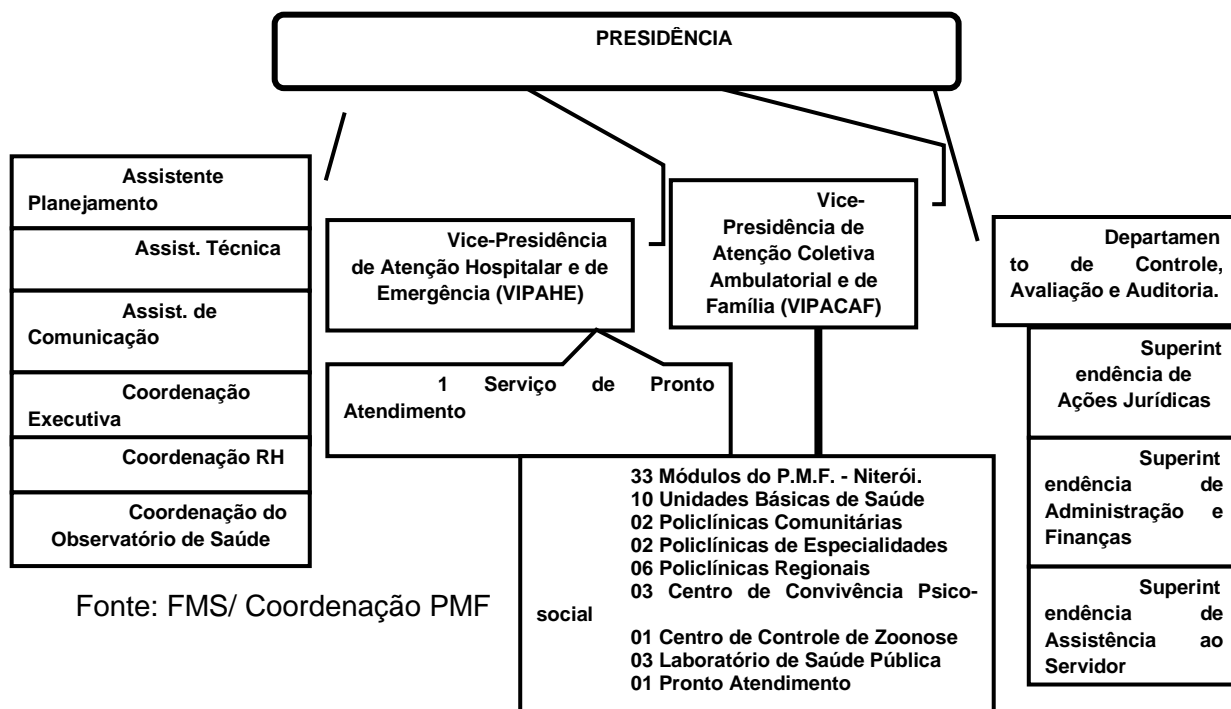
Brasil. MDS. **Portaria no. 660, de 11 de novembro de 2004.** Define as regras de fiscalização e acompanhamento, até que sejam criados os conselhos ou comitês previstos no art. 9º da Lei nº. 10.836/04, pelos Municípios e Distrito Federal

**Portaria Municipal nº 393/2006** – Cria o Comitê Integrestor do PBF em Niterói.

**Decreto Municipal nº 10.556/2009** – Transfere a gestão do PBF em Niterói da SMAS para a Chefia de Gabinete da Prefeitura, e cria o Núcleo do Bolsa Família.

## ANEXOS

## Organograma da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 2008.



## **Roteiro de entrevista - Gestor do PBF**

### **IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome
2. Categoria profissional
3. Cargo
4. Tempo no cargo
5. Tempo na instituição

### **GESTÃO DO PBF E CONDICIONALIDADES**

1. Qual o órgão gestor do PBF no município? Como este órgão foi definido como gestor do PBF? Esse processo foi pactuado entre as secretarias?
2. Existe alguma agenda comum entre a SMS e alguma outra secretaria, para a gestão do PBF? Quais são as secretarias que participam da gestão do programa? Quais temas vêm sendo trabalhados de forma compartilhada entre as secretarias?
3. Existe alguma articulação entre o Programa Bolsa Família e outros programas sociais? Quais?
4. Atualmente, quais as condições concretas que o município tem para a execução do Bolsa Família em termos de estrutura gerencial, estrutura física, pessoal técnico e de apoio (os profissionais estão capacitados?) e equipamentos (inclusive de informática). Essa dificuldade ou facilidade em termos de infraestrutura interfere de alguma forma na articulação entre as secretarias?
5. Como o IGD vem sendo gasto no município? Quem define as prioridades para utilizar o IGD? Esse recurso está ajudando no compromisso intersetorial? Como? Existem formas de alocação de recursos pactuadas entre os diferentes setores e secretarias?
6. De que forma as condicionalidades interferem na articulação entre as secretarias de saúde e assistência social?
7. Existe alguma atividade desenvolvida de forma articulada entre estas secretarias?
  - a) No acompanhamento das famílias.
  - b) Nos mecanismos gerenciais.
  - c) No processo decisório.
8. Quais são as dificuldades encontradas no acompanhamento das condicionalidades que interferem na articulação entre as secretarias de saúde e assistência social?
9. Em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde está em torno de 42% (de acordo com a segunda vigência de 2009), a que você



10. Atribui este fato? De que forma a articulação entre as secretarias de saúde e assistência social pode contribuir para melhorar este desempenho?
11. Indique os fatores que a equipe de trabalho da Secretaria de Assistência Social considera que facilitam e dificultam o processo de acompanhamento das contrapartidas da saúde. Como a secretaria de assistência social pode apoiar esse processo? De que forma a articulação com outras secretarias poderia potencializar este processo?
12. Existe alguma ação conjunta com outras secretarias para o acompanhamento das condicionalidades? Quais?

## **INTERSETORIALIDADE**

1. Qual a sua concepção de intersectorialidade?
2. Para você existe ação intersectorial no PBF? Por quê?
3. Existem mecanismos formais de coordenação, monitoramento e avaliação intersectorial do PBF? Especifique (descrever se há fóruns constituídos, mecanismos formais e informais de articulação, frequência dos eventos e reuniões, atores-chave neste processo).
4. Quais capacitações e/ou treinamentos sobre o PBF foram oferecidos a estes parceiros envolvidos com o Programa? Quem participou?
5. Como se dá o planejamento e o processo decisório sobre o PBF? Existe intersectorialidade? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?
6. Existem mecanismos de incentivo para as ações intersectoriais no âmbito do PBF?
7. Em sua opinião, quais os parceiros estratégicos, nas respectivas secretarias, para otimizar o programa?
8. Quais são as principais dificuldades para desenvolver ações intersectoriais?
9. Quais são os aspectos facilitadores para desenvolver ações intersectoriais?

## **Roteiro de entrevista - Representante da SMS/SMAS no Comitê Intergestor do PBF**

### **IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome
2. Categoria profissional
3. Cargo
4. Tempo no cargo
5. Tempo na instituição

### **SOBRE PBF**

1. O que acha da cobrança de contrapartidas para a promoção da intersetorialidade?
2. Qual a sua opinião sobre o cadastro único? Ele vem sendo utilizado no município para articulação entre as secretarias?
3. Existem ações com outras secretarias no acompanhamento das condicionalidades e nas atividades com as famílias?
4. Como o IGD vem sendo gasto no município? Quem define as prioridades para utilizar o IGD? Esse recurso está ajudando no compromisso intersetorial? Como?
5. Que tipo de sistema de informação é utilizado e como os dados são repassados para o SISVAN e MDS? Existe articulação entre os sistemas de informação da saúde e do PBF?

### **INTERSETORIALIDADE**

1. Qual a sua concepção de intersetorialidade?
2. Fale sobre a história de criação do Comitê Intergestor do PBF no município (data da criação, motivação, composição, frequência reuniões, pauta de discussões, ações desenvolvidas e há quanto tempo vem sendo desenvolvidas).
3. Quais as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o Programa Bolsa Família.
4. Como se dá o planejamento e o processo decisório no interior do Comitê Intergestor do PBF? Como são definidas as prioridades? Identifique dificuldades e facilidades neste processo?

5. Em sua visão, a instituição das condicionalidades do PBF tem motivado a promoção da intersectorialidade no município?
6. Tem sido oferecidas capacitações e/ou treinamentos sobre o PBF aos atores envolvidos que interfiram na articulação entre as secretarias? Quais?
7. Existem mecanismos formais de coordenação, monitoramento e avaliação intersectorial do PBF?
8. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersectoriais no âmbito do PBF?
9. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersectoriais no âmbito do PBF?
10. Quais os aspectos do PBF na saúde que em sua opinião facilitam ou dificultam a articulação com a assistência?
11. Quais os aspectos do PBF na assistência, que em sua opinião facilitam ou dificultam a articulação com a saúde?

## **Roteiro de entrevista – Supervisão de Serviço Social/ Profissional do CRAS**

### **IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome
2. Categoria profissional
3. Cargo
4. Tempo no cargo
5. Tempo na instituição

### **II – SOBRE PBF**

1. O que acha da cobrança de contrapartidas para a promoção da intersetorialidade?
2. Qual a sua opinião sobre o cadastro único para a articulação entre as secretarias de saúde e assistência social?
3. Existe algum tipo de resistência e/ou críticas ao acompanhamento das condicionalidades do PBF nesta unidade? Quais? Como interferem na condicionalidade?
4. Você considera adequada a forma como é realizado o acompanhamento das condicionalidades? Existe articulação intersetorial para tal?
5. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde está em torno de 42% (de acordo com a segunda vigência de 2009), a que você atribui este fato? Como a saúde e a assistência social podem contribuir para melhorar este desempenho?

### **INTERSETORIALIDADE**

1. Qual a sua concepção de intersetorialidade?
2. A intersetorialidade aparece como eixo central do PBF. Em que medida a implantação do PBF no município vem sendo pautado por esta diretriz?
3. Como está organizado o acompanhamento das condicionalidades na unidade de saúde? Quais instrumentos são utilizados? Qual o fluxo das informações coletadas? Existe alguma ação intersetorial neste processo?
4. Que tipo de ação é desenvolvida com as famílias de forma articulada com as secretarias de saúde e assistência social?
5. Esta unidade de saúde tem alguma experiência de desenvolvimento de ação intersetorial no PBF? O que tem motivado esse tipo de diálogo?
6. Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersetorialidade no município em relação ao PBF?

7. Quais as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o PBF.
8. Em sua visão, a instituição das condicionalidades do PBF tem motivado a promoção da intersectorialidade no município?
9. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersectoriais no âmbito do PBF?
10. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersectoriais no âmbito do PBF?
11. Que mudanças o PBF trouxe na dinâmica de funcionamento desta unidade de saúde, em relação à intersectorialidade?
12. Como avalia o diálogo e a interlocução com as outras secretarias que participam da gestão e monitoramento do PBF no município?
13. Que tipo de capacitação os profissionais do PMF receberam para a promoção da intersectorialidade?
14. Quais são as principais dificuldades dos profissionais do PMF no cotidiano das ações do PBF para a promoção da intersectorialidade?

## **Roteiro do Grupo Focal com as famílias beneficiárias do PBF**

### **INTRODUÇÃO**

Agradecer a presença.

Apresentação de todos

Informação sobre a pesquisa – explicar sobre o assunto e a gravação

### **SOBRE O BOLSA FAMÍLIA**

Experiência pessoal com o Bolsa Família quanto a:

Divulgação

Cadastramento

Intersetorialidade

Cumprimento das condicionalidades

Onde ir em caso de dúvidas

Participação em outros programas sociais

### **QUESTÕES GERAIS**

Frequência e utilização do PMF antes de ser beneficiário do Bolsa Família.

Tipo de mudanças que o Bolsa Família trouxe na vida de cada um.

Pontos positivos e negativos do Programa Bolsa Família

## **Roteiro do Grupo Focal com os profissionais de saúde do PMF**

### **INTRODUÇÃO**

Agradecer a presença.

Apresentação de todos

Informação sobre a pesquisa – explicar sobre o assunto e a gravação

### **SOBRE O BOLSA FAMÍLIA**

1. Opinião sobre o PBF.
2. Opinião sobre a cobrança de contrapartidas.
3. Tipo de capacitação recebida sobre o PBF.

### **CONDICIONALIDADES**

1. Acompanhamento das condicionalidades na unidade de saúde.
  - a. Instrumentos utilizados
  - b. Fluxo das informações coletadas
  - c. Existência de articulação intersetorial neste processo
2. Tipo de capacitação para o acompanhamento das condicionalidades
3. Resistência e/ou críticas existentes com relação ao acompanhamento das condicionalidades do PBF na unidade
4. Opinião sobre a forma como é realizado o acompanhamento das condicionalidades
5. Opinião sobre o a função das condicionalidades em favorecer a adesão aos serviços de saúde, tal como prevista no desenho do programa.

### **INTERSETORIALIDADE**

1. Concepção sobre intersetorialidade
2. Experiência de desenvolvimento de ação intersetorial no PBF, existente na unidade de saúde
  - a. Motivação para esse tipo de diálogo

3. Opinião sobre o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersectorialidade no município, em relação ao PBF
4. Tipo de ação desenvolvida com as famílias beneficiárias do PBF, de forma articulada entre as secretarias de saúde e assistência social
5. Principais dificuldades e facilidades (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersectoriais no âmbito do PBF
6. Existência de mudanças na rotina de atendimento às famílias na unidade de saúde, principalmente no que se refere à promoção da intersectorialidade
7. Existência de mudanças no padrão de oferta/demanda de serviços após a implantação do PBF (alterações no número de consultas, vacinação, e outras)
8. Principais dificuldades dos profissionais do PMF no cotidiano das ações do PBF, principalmente no que se refere à promoção da intersectorialidade
9. Opinião sobre o baixo o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde em Niterói (em torno de 42% de acordo com a segunda vigência de 2009)
  - a. Contribuições que os profissionais de saúde podem dar para melhorar este desempenho





### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista

Prezado senhor (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado intitulada “*Uma análise da intersectorialidade no Programa Bolsa Família a partir das interfaces entre a saúde e assistência social no município de Niterói*”. Este estudo faz parte da pesquisa “*Ações intersectoriais dirigidas às famílias pobres de Niterói*”, que está sendo coordenada por Mônica de Castro Maia Senna, pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. A sua participação não é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízos ao pesquisador. Caso concorde em participar, dado o seu papel na implementação/gestão local do programa, estará contribuindo para a análise da articulação intersectorial desta política pública voltada à transferência de renda para grupos socialmente vulneráveis. Esta contribuição será realizada através de entrevistas que serão gravadas e posteriormente transcritas, caso seja permitido. O sigilo e a confidencialidade das informações coletadas serão preservados. Os resultados da pesquisa serão utilizados para fins acadêmicos e científicos e poderão ser publicados em revistas especializadas. Você receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido onde consta o telefone e o endereço do comitê de ética, da UFF, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa, assim como de seus riscos e benefícios e, concordo em participar.

Nome:

Local:

Data:

---

**Assinatura do Entrevistado**

---

**Assinatura do Pesquisador**

Coordenadora da Pesquisa: Monica Senna - pesquisadora ESS/UFF

Telefones: (21) 2629-2752 E-mail: Monica.senna@globo.com

Pesquisadora: Denise da Silva Erbas

Comitê de ética em Pesquisa - CEP - CMM/HUAP 076/10

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º andar do Prédio anexo

Centro - Niterói – Rio de Janeiro - CEP 24.030-215

Tel. (21) 26299189

E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)

Site: <http://www.proac.uff.br/cep>



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Grupo Focal**

Prezado senhor (a),

Você está convidado (a) para participar da pesquisa para elaboração de dissertação de mestrado intitulada “*Uma análise da intersectorialidade no Programa Bolsa Família a partir das interfaces entre a saúde e assistência social no município de Niterói*”. Este estudo faz parte da pesquisa “*Ações intersectoriais dirigidas às famílias pobres de Niterói*”, que está sendo coordenada por Mônica de Castro Maia Senna, pesquisadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense. A sua participação não é obrigatória e você poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízos ao pesquisador. Caso concorde em participar, estará contribuindo para a análise da articulação intersectorial desta política pública voltada à transferência de renda para grupos socialmente vulneráveis. Esta contribuição será realizada através de entrevistas em grupo, técnica denominada grupo focal, realizada por pesquisadores e que poderá ser gravada, se assim for permitido. O estudo não apresenta riscos para os entrevistados, na medida em que não serão divulgados dados que permitam a identificação do autor das respostas. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode se recusar a responder quaisquer perguntas, ou retirar-se da pesquisa, não tendo nenhum prejuízo para os pesquisadores. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e posteriormente apresentados em eventos de caráter científico e publicados em literatura especializada. Você receberá uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido onde consta o telefone e o endereço do comitê de ética, da UFF, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa e sua participação a qualquer momento.

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa, assim como de seus riscos e benefícios e, concordo em participar.

Nome:

Local:

Data:

---

#### **Assinatura do Entrevistado**

---

#### **Assinatura do Pesquisador**

Coordenadora da Pesquisa: Monica Senna - pesquisadora ESS/UFF

Telefones: (21) 2629-2752 E-mail: Monica.senna@globo.com

Pesquisadora: Denise da Silva Erbas

Comitê de ética em Pesquisa - CEP - CMM/HUAP 076/10

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º andar do Prédio anexo

Centro - Niterói - Rio de Janeiro - CEP 24.030-215

Tel. (21) 26299189

E-mail: [etica@vm.uff.br](mailto:etica@vm.uff.br)

Site: <http://www.proac.uff.br/cep>



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Nº / 2010

Niterói, 20 de julho de 2010

DE: Programas de Estudos Pós-Graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense

PARA: Programa Médico de Família de Niterói

ASSUNTO: Apresentação (Faz)

Através deste, apresentamos Denise da Silva Erbas, Matrícula nº M 050.208.013, aluna do curso de Mestrado em Política Social, da Universidade Federal Fluminense.

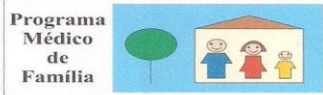
A referida aluna necessita realizar pesquisa com vistas ao recolhimento de material para elaboração de sua dissertação de Mestrado que tem por tema: *Uma análise da intersectorialidade no Programa Bolsa Família a partir das interfaces entre a saúde e assistência social no município de Niterói*, sob a orientação da Profª. Drª Luciene Burlandy, que tem por objetivo analisar a experiência de articulação intersectorial entre as referidas secretarias municipais, no cumprimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família em Unidades de Saúde da Família neste município. Contamos com sua colaboração no sentido de conceder entrevista e acesso a documentos que possam ser disponibilizados, se necessários.

Agradecemos pela atenção,

RECEBI EM 28/07/2010

Dr. Pedro Xavier da Rocha

Dr. Pedro Xavier da Rocha



**VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA, AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA  
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA DE NITERÓI  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Comunicamos que a Enfermeira Denise da Silva Erbas, Matrícula M 050. 208. 013, aluna do curso de Mestrado em Política Social da Universidade Federal Fluminense, está autorizada a realizar pesquisa nos Módulos do PMF Cantagalo I e II, no período de 2009 e 2010, com vistas ao recolhimento de material para elaboração de sua dissertação de Mestrado que tem como tema "*Uma análise da intersectorialidade no Programa Bolsa Família a partir das interfaces entre a saúde e assistência social no município de Niterói*".

Atenciosamente,

Niterói, 03 de novembro de 2009.

*Pedro CX da Rocha*

Pedro Carlos Xavier da Rocha  
Coordenador do Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa  
Programa Médico de Família

Dr. Pedro Xavier da Rocha  
Coordenador do Núcleo de Educação  
Permanente e Pesquisa  
Programa Médico de Família