

**Universidade Federal Fluminense
Escola de Serviço Social
Departamento de Serviço Social de Niterói
Programa de Pós Graduação em Política Social
Mestrado em Política Social**

Aline Souto Maior Normando Vieira

Dissertação de Mestrado

**Possibilidades e Limites na Utilização dos Serviços de Saúde
por parte dos Usuários do Programa Bolsa Família**

**Niterói
2010**

Aline Souto Maior Normando Vieira

**Possibilidades e Limites na Utilização dos Serviços de Saúde
por parte dos Usuários do Programa Bolsa Família**

**Dissertação apresentada como
requisito para obtenção do título
de mestre junto ao Programa de
Estudos Pós Graduação em
Política Social da Universidade
Federal Fluminense.**

**Orientador:
Profa. Dra. Luciene Burlandy**

**Niterói
2010**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

V658 Vieira, Aline Souto Maior Normando.

Possibilidades e limites na utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários do Programa Bolsa Família / Aline Souto Maior Normando Vieira. – 2010.

114 f.

Orientador: Luciene Burlandy.

Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2010.

Bibliografia: f. 102-106.

1. Programa nacional de renda mínima (Brasil) – Bolsa Família.
2. Serviço de saúde. 3. Usuário. I. Burlandy, Luciene. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

Aline Souto Maior Normando Vieira

**Possibilidades e Limites na Utilização dos Serviços de Saúde
por parte dos Usuários do Programa Bolsa Família**

**Dissertação apresentada como
requisito para obtenção do título
de mestre junto ao Programa de
Estudos Pós Graduated em
Política Social da Universidade
Federal Fluminense.**

Aprovado em 29 de junho de 2010.

Banca Examinadora

**Profa. Dra. Luciene Burlandy
(orientadora)**

Profa. Dra. Monica Sena

Profa. Dra. Rosana Magalhães

Agradecimentos

À Helio por tudo e à Rejane por tudo e mais um pouco;

À Luiza por ser o que é, a pessoa mais corajosa e solidária que já conheci, pelo que significa para mim, e por sua compreensão e apoio frente aos meus projetos que tantas vezes roubam nosso tempo;

À Deia e Jana, que provam que a amizade torna a vida mais amena;

À Helio e Lorena pelo que fomos, e pelo que seremos através de nossos filhos;

À Vanessa Bezerra que acreditou nesse projeto antes mesmo de mim;

À Marcia Martins, minha maior companheira no desafio da Gestão do Programa Bolsa Família no Rio de Janeiro;

À Simone Pires, Débora Louzada, Lúcia Helena e Melissa Yaakoub, pela compreensão e apoio fundamental para que eu pudesse cursar o mestrado;

Às Professoras Rosana Magalhães e Mônica Sena, por suas valiosas contribuições nos exames de qualificação e defesa dessa dissertação;

À Luciene Burlandy, minha orientadora, por seu apoio e incentivo nesse longo percurso. Sem sua generosidade, paciência e competência, esse trabalho não teria sido possível;

Por fim, agradeço à todos os entrevistados e participantes dos grupos focais que compartilharam seus conhecimentos, experiências e vivências, à eles dedico este trabalho.

“É uma situação que só quem passa que vai saber mesmo a dificuldade que passou. A gente falando aqui, vocês tem aquela noção básica, por cima do que aconteceu. Mas só você passando pra você saber mesmo como é. Muitas vezes esses governos aí, essas pessoas aí que estão nos CPI, aquele rolo todo, eles não sabem ... ou eles sabem ou ignoram o que acontece, porque só você passando pra você poder ver”.

Beneficiária do Programa Bolsa Família do Município de Campo Grande,
referindo-se às situações de falta de alimentos para a família

Resumo

Este trabalho analisou os limites e possibilidades para utilização dos serviços de saúde por parte dos beneficiários do Programa Bolsa Família no âmbito do cumprimento das condicionalidades. Integra a pesquisa “Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas” realizada pelo IBASE, de âmbito nacional, com financiamento da FINEP.

A análise que se apresenta baseou-se em informações de diferentes atores locais envolvidos com o programa, beneficiários, gestores e representantes das instâncias sociais de controle em distintos contextos metropolitanos das regiões norte, centro-oeste, sudeste e sul do Brasil. Material colhido a partir de entrevistas semi estruturadas com gestores e representantes das instâncias de controle social e grupos focais realizados com os usuários. Os municípios estudados foram selecionados por representarem as características de grandes cidades de suas respectivas regiões. Estas informações foram analisadas considerando os contextos locais e complementadas com análise documental.

Conclui-se que a implementação das condicionalidades de saúde, nos diferentes contextos analisados, tendeu a refletir as anteriores condições de utilização dos os serviços de saúde, sem que tenha impulsionado avanços significativos nesses processos.

Palavras Chaves:

Transferência de Renda; Condicionalidades; Utilização de Serviços de Saúde

Abstract

This work investigates the limits and possibilities for use of health services by beneficiaries of the Bolsa Família in fulfilling the conditions. Integrates research "Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiárias" performed by IBASE, nationwide, funded by FINEP. The analysis presented was based on information from different local actors involved with the program, beneficiaries, managers and representatives of the instances of social control in different metropolitan contexts in northern, midwestern, southeastern and southern Brazil. Material collected from semi-structured interviews with managers and representatives of social control agencies and focus groups conducted with users. The municipalities studied were selected because they represent the characteristics of large cities in their respective regions. These data were analyzed considering the local context and supplemented with documentary analysis.

It is concluded that the implementation of health conditionalities in the different contexts analyzed, tended to reflect the above conditions of use of health services without having driven significant advances in these processes.

Key Words:

Income Cash Transfer; Conditionalities; Use of Health Services

Sumário

Apresentação	pg 10
Capítulo 1: A Pobreza na Agenda Publica	pg 14
1.1 Conceitos e Alternativas de Enfrentamento	pg 14
1.2 Pobreza, Desigualdades Sociais e Utilização de Serviços de Saúde	pg 17
Capítulo 2: Transferência de Renda e o Programa Bolsa Família	pg 21
2.1: Transferência de Renda: antecedentes e atualidade	pg 21
2.2: O Programa Bolsa Família	pg 34
2.3: O Debate sobre as Condicionalidades	pg 48
Capítulo 3: Abordagem Metodológica	pg 58
3.1: A importância da Análise da Implementação Local - O Processo de Implementação do PBF e das Condicionalidades de Saúde nos Municípios	pg 58
3.2 Caminho da Pesquisa	pg 61
Capítulo 4: Potencialidades e Limites na Utilização de Serviços de Saúde	pg 66
4.1: Caracterização dos Municípios	pg 66
4.2 Análise dos Dados	pg 75
4.2.1: Belém	pg 75
4.2.2 Campo Grande	pg 80
4.2.3 Rio de Janeiro	pg 85
4.2.4 Curitiba	pg 92
Considerações Finais	pg 97
Bibliografia	pg 104
Anexos	pg 109

Apresentação

A motivação para desenvolver esse estudo se fundamenta na experiência pessoal com a gestão do Programa Bolsa Família (PBF) na Cidade do Rio de Janeiro, como responsável pela Gerência do Serviço Social da Saúde da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura, no período entre fevereiro de 2006 e janeiro de 2008. Nesta conjuntura, esta era a instância responsável pela coordenação do trabalho técnico dos assistentes sociais que atuavam nos diversos espaços da política de saúde neste município. Devido à grande participação destes profissionais, a Gerência foi convidada a integrar o Comitê Intergestor do Programa, composto por representantes das secretarias de saúde, assistência social e educação.

Tendo em vista que os principais objetivos desta Gerência eram a promoção gradativa da qualificação da intervenção profissional nos diferentes espaços de atuação na política de saúde e a consolidação da interlocução entre as políticas intersetoriais, entendíamos o PBF como importante estratégia para alcançá-los.

Nosso foco de atuação nesse período consistiu em facilitar o acesso da população beneficiária ao acompanhamento das condicionalidades da saúde no âmbito do PBF. A captação dos usuários para o acompanhamento destas condicionalidades é atribuição do profissional de serviço social, e também de outros profissionais de saúde, que buscam garantir o acesso da população usuária à programas que incidam positivamente sobre suas condições de vida e de saúde. Mais do que o acompanhamento burocrático das condicionalidades, nossa intenção, apesar das dificuldades, era o acompanhamento social dessas famílias, trabalhando com elas suas demandas individuais, contribuindo para a percepção do caráter coletivo das mesmas e buscando alternativas para esse processo. Portanto, o presente estudo, nasceu com a perspectiva de analisar a contribuição do PBF para a garantia da atenção em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro.

Já no curso de mestrado, com a designação do Professor Orientador, me aproximei da pesquisa “Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas¹”, à qual minha orientadora, Profa. Luciene Burlandy, integrou a equipe de pesquisadores.

¹ Pesquisa realizada pelo IBASE com financiamento da FINEP, proposta pelo Grupo REDES. Tendo como Coordenador Geral Francisco Menezes. O primeiro relatório da pesquisa apresentando seus resultados iniciais foi publicado em junho de 2008, sob o título “Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas - Relatório Técnico Preliminar”.

Essa pesquisa, realizada em âmbito nacional teve como objetivo geral identificar as repercussões do Programa Bolsa Família (PBF) nas condições de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) das famílias beneficiadas, considerando os fatores associados a esse processo. Assim, não teve como propósito realizar uma avaliação de impacto do PBF, no entanto sua análise conjugou elementos referentes aos seguintes aspectos: o processo de implementação do programa e seu funcionamento (na ótica de gestores, de titulares do PBF, e também com base em uma análise documental); a adequação do programa com relação às características das famílias beneficiadas e às demandas que se impõem para o campo das políticas públicas, em especial saúde e educação, que são condicionalidades do programa; as repercussões nas condições de pobreza e (in)segurança alimentar e nutricional, destacando, assim, aspectos dos próprios resultados do programa na ótica dessas famílias. A própria concepção de SAN adotada na pesquisa demandou a análise de um conjunto amplo de dados por considerar que este conceito abarca ações que atravessam as dinâmicas de produção, comercialização, acesso e consumo de alimentos. O referencial teórico do estudo pautou-se também nos princípios do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável que pressupõem que os processos de implementação dos programas são tão importantes quanto às ações em si que são implementadas, pois podem contribuir para reforçar ou superar práticas e relações que condicionam a violação de direitos. Assim, no propósito geral de compreender as interrelações entre o PBF e as condições de SAN a pesquisa proporcionou um conjunto de dados que permite a análise de elementos dos processos locais de implementação do programa em diferentes municípios, como por exemplo, aqueles referentes às condicionalidades do setor saúde.

Dessa forma, o presente estudo que integra esta pesquisa se debruça, especificamente, sobre as repercussões do PBF para a utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários na ótica dos diferentes atores envolvidos no programa (beneficiários, gestores, e representantes das instâncias de controle social locais), considerando o debate atual acerca das condicionalidades dos programas de transferência de renda. Para compreender as diferentes configurações locais do programa, a dinâmica de implementação das condicionalidades, e a avaliação dos atores envolvidos sobre as mesmas, é fundamental que se apreenda que programas e políticas sociais se constroem num dado padrão de sociabilidade que conforma práticas cotidianas, representações, bem como estruturas políticas e institucionais que configuram todo o sistema de proteção social.

Analisar em que medida este tipo de programa e a estratégia de instituir condicionalidades como contrapartidas de seus usuários repercutem na utilização desses serviços, ou mesmo traz à tona elementos que contribuem para compreender este processo, é tarefa fundamental para o enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais.

Estas questões só podem ser plenamente analisadas a partir da compreensão das dinâmicas locais de implementação, uma vez que o desenho operacional dos programas se constrói e assume formatos específicos de acordo com cada contexto local.

Dessa forma, esse estudo analisa aspectos da implementação do PBF com o objetivo de compreender as interconexões com a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Para tal aborda questões referentes ao funcionamento dos serviços de saúde e da estrutura político-institucional de gestão, além das práticas e representações dos atores sobre o programa no intuito de analisar como o processo local de operacionalização das condicionalidades de saúde vem afetando e simultaneamente evidenciando elementos que condicionam a relação dos usuários com o serviço.

Em se tratando de um país como o Brasil, em que ao longo de seu vasto território social, geográfico e político, convivem distintos padrões de sociabilidade, práticas cotidianas e onde modos de produção arcaicos coexistem muitas vezes com o cenário contemporâneo de avanço tecnológico, é importante desenvolver estudos que apreendam as especificidades regionais e entre zonas rural e urbana, entre grupos populacionais e mesmo entre municípios de porte diferenciado. Ainda que o desenho do PBF não tenha valorizado esses aspectos, tratando praticamente de forma igual realidades locais bastante diferenciadas, essas distinções condicionam a dinâmica do programa.

No que se refere à implementação do programa em municípios de grande porte cabe considerar suas especificidades no tocante à disponibilidade de serviços públicos, caracterização da população, possibilidades distintas de acesso à geração de emprego e renda, localização da população, impacto da violência urbana nas dinâmicas familiares e comunitárias e fundamentalmente no acesso à informação, entre outras. Essas características, ainda que sejam marcadamente influenciadas pelas distinções regionais, podem ser encontradas de forma bastante importante em todas as grandes cidades brasileiras.

Assim, partindo também de experiência profissional própria com cidade de grande porte, delimito para esse estudo um universo de municípios composto exclusivamente de grandes

capitais das diferentes regiões brasileiras, quais sejam, Belém (PA), Campo Grande (MT), Rio de Janeiro e Curitiba (PR). A capital que representou a região Nordeste na pesquisa (Recife – PE) não pode ser considerada por problemas relativos aos dados qualitativos disponíveis.

A compreensão das concepções das famílias beneficiárias acerca das condicionalidades de saúde do Programa deve considerar necessariamente o contexto local onde vivem estas famílias. Portanto foram contemplados alguns dados gerais sobre os Municípios estudados que permitiram uma aproximação com a realidade em que as condicionalidades do PBF foram implementadas e vivenciadas pelos distintos atores locais. O objetivo dessa aproximação foi construir uma análise que permitisse o desdobramento em propostas efetivas de aprimoramento da contribuição dessa política de transferência de renda para a melhora do acesso da população beneficiária aos serviços de saúde.

Para desenvolver essa análise o presente estudo foi estruturado da seguinte forma:

No primeiro capítulo revisitamos o debate acerca da pobreza no Brasil e a inserção desta questão na agenda pública e discutimos algumas formas de avaliar pobreza e alternativas de enfrentamento que vem sendo propostas.

No segundo capítulo, abordamos, especificamente, a discussão sobre transferência de renda, sobre o próprio Programa Bolsa Família enquanto programa de transferência condicionada de renda, e apresentamos o debate contemporâneo sobre as condicionalidades que tem sido exigidas como contrapartida dos beneficiários de programas de transferência de renda.

Começamos o terceiro capítulo tratando do processo de implementação do programa e das condicionalidades nos municípios, discutindo justamente a importância do estudo da implementação local e apresentando caminho metodológico do estudo.

A discussão dos dados da pesquisa se dá no quarto capítulo, quando conjugamos a análise do discurso dos atores envolvidos diretamente com o programa, com os dados gerais e de desempenho das cidades em relação ao programa. O principal objetivo dessa análise é identificar quais tem sido as potencialidades e os limites para a população beneficiária utilizar os serviços de saúde no cumprimento das condicionalidades exigidas pelo programa.

Por fim, apresento as considerações finais do estudo.

Capítulo 1 - A Pobreza na Agenda Pública

1.1 - Pobreza: Definições e Políticas de Enfrentamento

Embora a partir da década de 1990 a pobreza tenha sido uma das preocupações centrais do cenário político brasileiro, especialmente no nível federal de governo, esse debate tornou-se prioritário após a estabilização econômica alcançada com o plano real. Uma vez superada a catástrofe da inflação, houve certo consenso nacional de que o objetivo principal era diminuir a desigualdade social e a pobreza absoluta. Contudo, são sérias as dificuldades em se passar de um objetivo “ético” consensual, para implementação de políticas públicas concretas que permitam alcançá-lo (ROCHA, 2006).

A análise de um programa ou política pública, que no caso em questão neste estudo, destina-se a enfrentar a fome e a pobreza, impõe, antes de tudo, que se descortine a conjuntura em que esse tipo de intervenção se apresenta na agenda pública como alternativa para o enfrentamento desses problemas, expressões da questão social.

Iamamoto (2003) esclarece que a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho - das condições necessárias à sua realização, assim como, de seus frutos. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais.

Assim, a fome e a pobreza, enquanto expressões da questão social no contexto das sociedades capitalistas (ainda que sejam fenômenos anteriores a ela) tem sido alvo da intervenção pública justamente por que as lutas sociais romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública. Desta forma, exigiram a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais.

Cabe, entretanto, reconhecer que a pobreza é um fenômeno complexo e multideterminado, o que dificulta a sua compreensão e conseqüentemente a intervenção pública sobre o mesmo.

De modo geral tem-se relacionado pobreza a situação de carência ou de insatisfação de necessidades sociais devido à renda insuficiente. A complexidade é grande na medida em que os padrões que determinam as necessidades básicas são condicionados socialmente de acordo com o padrão de desenvolvimento social de cada grupo em cada contexto. No entanto, há consensos em torno do que se considera privação grave, e a fome certamente está entre eles. Assim, uma definição operacional pode ser a “condição caracterizada por uma privação severa de necessidades humanas básicas, incluindo alimentos, água potável, saneamento básico, saúde, moradia, educação e informação. A pobreza depende não somente de renda como também do acesso a serviços”(CEPAL IN SPICKER, ALVAREZ & GORDÓN, 2009, p. 57)

A utilização da renda como critério de pobreza permite delimitar inicialmente os segmentos da população em situação crítica. Contudo, o impacto da renda é diferenciado de acordo com a possibilidade dos diferentes grupos em acessar bens e serviços públicos, o que pode amenizar ou não o problema da escassez da renda. Nesse sentido, é importante recorrer aos indicadores sociais para complementar de forma importante a seleção de grupos sujeitos de programas sociais.

Cabe salientar que o bem estar das pessoas não depende apenas de suas rendas individuais, mas principalmente, do resultado da divisão familiar da renda de todos os membros de cada grupo. Medir a pobreza como insuficiência de renda, deve necessariamente referir-se à renda familiar, devido a importância das dinâmicas redistributivas no interior da família que orientam o consumo e a soma das rendas individuais (ROCHA, 2006). Além disso, adotar o critério de renda familiar per capita, que consiste na divisão do rendimento familiar pelo número total de pessoas da família, permite levar em conta as diferenças de tamanho das famílias. No entanto, não considera as diferenças na utilização da renda em função dos distintos perfis de composição familiar.

Como instrumentos para dimensionar e diferenciar perfis de vulnerabilidade vem sendo utilizado também, o recurso dos indicadores compostos como IDH (Índice de Desenvolvimento Humano desenvolvido pelo PNUD), ICV (Índice de Condições de vida – que é composto pela renda per capita, saúde - esperança de vida a nascer, educação - índice de analfabetismo). Esses índices ainda que tenham limitações, tem a vantagem de correlacionar renda e condições objetivas de vida, além de possibilitarem algum nível de comparação. Porém, não são uma solução adequada para a comparação e monitoramento da prevalência da pobreza nos diferentes

países, já que todos os indicadores utilizados na construção do IDH são médias, o que encobre a permanência de situações extremas associadas à desigualdade das condições objetivas de vida entre as pessoas (ROCHA, 2006). Ainda assim, podem ser considerados mais apropriados que a definição do Banco de Mundial de linha pobreza a partir da renda de US\$ 1 ou 2 per capita por dia, que desconsidera todas as outras dimensões da pobreza no intuito de criar um indicador comparativo mundialmente comparável.

Para implementação de políticas públicas de combate à pobreza é preciso distinguir, ainda, entre o que vem recorrentemente sendo denominado pobreza absoluta e pobreza relativa. Pobreza absoluta está estreitamente vinculada às questões de sobrevivência física; portanto, ao não atendimento das necessidades vinculadas ao nível mínimo vital. O conceito de pobreza relativa define necessidades a serem satisfeitas em função do modo de vida predominante na sociedade em questão, o que significa incorporar a redução das desigualdades entre indivíduos como objetivo social. No Brasil, de economia largamente monetária, onde a renda ainda se caracteriza como um indicador das condições de vida das famílias pelo menos em relação ao consumo na esfera privada, o conceito operacionalmente importante é o de pobreza absoluta, devido ao enorme quantitativo populacional que ainda não tem suas necessidades básicas atendidas, mesmo quando definidas de forma estrita (Op. Cit, 2006). Em recente publicação do IPEA, esse contingente foi estimado em 28% da população brasileira (IPEA, 2010).

Considerando toda essa problemática, ao nos debruçarmos sobre a questão da pobreza no Brasil podemos verificar uma trajetória marcada por abissais desigualdades sociais. A renda per capita brasileira comprova que atingimos um patamar em que os recursos disponíveis seriam suficientes para suprir o mínimo essencial à todos. No entanto, a partir de 2003 há uma melhora, sobretudo por que se tem conseguido diminuir simultaneamente a taxa de pobreza e a desigualdade dos rendimentos. Esse feito se torna ainda mais importante devido à tradição brasileira de incongruência entre desenvolvimento econômico e social. Os avanços do Brasil no enfrentamento da pobreza e desigualdade estão direta e indiretamente associados à estruturação do conjunto das políticas públicas motivados pela Constituição Federal de 1988. Ou seja, a garantia dos direitos sociais (saúde, educação, assistência e previdência, infraestrutura social e trabalho, entre outros eixos) contribuiu para resultados positivos para a população mais aceleradamente. O próprio Programa Bolsa Família, como parte desses avanços e sendo o

principal programa social do governo Lula, chegou à atualidade atingindo cerca de 11 milhões de famílias pobres ou extremamente pobres em todo o território nacional.

1.2 Pobreza, Desigualdades Sociais e Utilização dos Serviços de Saúde

A reforma implementada no sistema de saúde brasileiro no final dos anos 80 trouxe como questão de fundo não só a garantia do direito à saúde, mas em essência, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde (VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003). O acesso equitativo aos serviços de saúde é essencial para proporcionar que os segmentos da população que hoje enfrentam barreiras importantes em relação ao cuidado em saúde tenham este direito garantido e que este seja prestado de forma adequada às necessidades diferenciadas dos distintos grupos populacionais.

A Constituição de 1988 ao reconhecer a Saúde como Direito de Todo Cidadão e Dever do Estado estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios a Universalização da assistência garantida a todo cidadão, a Integralidade da atenção (incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) e a Equidade que prevê a oferta dos serviços de acordo com as necessidades e características de cada sujeito e grupo social. É importante resgatar que o conceito de equidade, embora usualmente entendido como sinônimo de igualdade, diz respeito à distribuição de maneira justa, e não necessariamente igual, de determinado bem ou serviço. A equidade na distribuição do acesso à saúde tem dois aspectos importantes que são: o tratamento igual a sujeitos e grupos em igual situação de saúde e o tratamento apropriadamente desigual de sujeitos ou grupos em situação de desigualdade. Isso se deve ao fato de que a equidade é uma categoria relacionada com princípios éticos e de justiça, vigentes em cada contexto, visando garantir a distribuição de bens e riquezas de acordo com as distintas necessidades e realidades (PEREIRA, 1992).

A questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde é a redução ou a eliminação das diferenças que advêm de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível (Op.Cit., 2003). Como afirmam os autores, o ganho obtido com a inclusão do debate da

justiça social na conformação de políticas mais equânimes é imensurável, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em situação de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera como um tipo de “discriminação positiva”, e, conseqüentemente, assumindo os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos populacionais. Essas análises adquirem força no mundo contemporâneo porque as fragmentações e as diversidades de processos sociais vivenciados restringem o espaço para versões homogêneas de vida social. Dessa forma, a noção de igualdade só se completa se aliada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se ele não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime.

A idéia de que a ausência de saúde pode afetar as oportunidades de desenvolvimento dos sujeitos dá visibilidade à questão da justiça social para o caso da saúde. A implementação de políticas equânimes, ou seja, que reconhecem as diferenças (justas ou injustas) atinentes às necessidades, implica, portanto, na definição de campos específicos de sua aplicação. Pode-se perceber pelo menos três importantes campos na saúde para garantir a equidade: distribuição de recursos; oportunidades de acesso e utilização dos serviços (VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003).

Apesar dos inegáveis avanços da Saúde Pública no Brasil (como expressam, por exemplo, os excelentes resultados do Programa Nacional de Vacinação que em 2008, vacinou nas campanhas contra pólio 98,76% das crianças brasileiras) ainda persistem grandes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como importante influência da condição social dos sujeitos no acesso, utilização e qualidade dos serviços usufruídos. Políticas mais recentes minoraram as graves distorções regionais na oferta (melhor exemplo é a expansão da Estratégia de Saúde da Família que alcança hoje 50% da população brasileira), porém não contemplaram ainda questões mais complexas como o perfil epidemiológico das populações, condições sociais, diferentes inserções no mundo do trabalho, gênero e raça. O processo de implementação do SUS, no país, deve ainda percorrer um longo caminho para diminuição das desigualdades sociais. Para isso, deve cada vez mais diversificar políticas e ações segundo grupos específicos de indivíduos (Op.Cit., 2003).

O Brasil gasta cerca de 7% do PIB Bruto em Saúde (menos do que outros países do Cone Sul!), sendo o gasto per capita relativamente baixo em todas as regiões do país. Além disso, as famílias pobres gastam com saúde proporcionalmente mais do que as famílias de maior poder aquisitivo. Isto se explica pelo maior agravamento nas condições de vida e de saúde entre os mais

pobres, como o Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde registra em termos de urbanização, transição demográfica, distribuição de renda, nível educacional, morbi mortalidade, etc. (CNDSS, 2008).

Os princípios organizativos do SUS se pautam pela descentralização com participação das esferas federal, estadual e municipal; regionalização e hierarquização das redes de serviços e a participação social na gestão do sistema (Op. Cit., 2008). Esses princípios de gestão embora contribuam para a democratização da política, não são por si só suficientes para garantir o acesso e distribuição universal e equitativos da atenção em saúde. Isto se reflete nos próprios desafios que vêm sendo enfrentados por inúmeros municípios brasileiros para garantir o acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF, considerando os baixos percentuais de cobertura deste monitoramento. Dados da segunda vigência do programa no ano de 2007² indicam uma média nacional nesse período de 46,4% de acompanhamento das famílias beneficiadas. No entanto, em cidades como Belém este percentual era de apenas 4,3% e em outros contextos como Recife e Rio de Janeiro este valor é próximo da média nacional (em torno de 40%). Desse modo, os programas de transferência condicionada de renda ao estabelecerem o acesso a direitos sociais básicos como condicionalidades para a garantia do direito à uma renda mínima reconhecem a ineficiência do Estado no cumprimento da legislação social e a necessidade urgente de investir em políticas e estratégias que possam realmente alcançar resultados eficazes na melhoria das condições de vida de uma parcela importante da população. Os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

As desigualdades no estado de saúde estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidades existente em cada sociedade. O acesso e a utilização dos serviços refletem também essas diferenças, mas podem assumir feições diversas, dependendo da forma de organização dos sistemas de saúde. As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão identificadas como iniquidades.

Essas desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais.

² Dados disponíveis em: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br> consultado em 20/05/2010

A existência do SUS garante maior extensão de cobertura à população mesmo nas áreas mais pobres do país, compensando em certa medida as desigualdades decorrentes da organização social. Mas ainda assim o uso de serviços de saúde também é influenciado pelo grau de escolaridade, por exemplo, a probabilidade de uso é 1,2 vezes maior entre os que tem maior escolaridade(CNDSS,2008).

Os impactos das desigualdades na qualidade de vida são diretos sobre os mais pobres, mas afetam as demais camadas da sociedade porque provocam a deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e violência. Os países mais igualitários gastam mais em bens e serviços públicos, pressupondo que serviços universais, como os de saúde, podem reduzir as desigualdades basicamente de duas maneiras: diminuindo as diferenças nas condições de vida, representando um salário indireto para os trabalhadores e oferecendo serviços similares para toda a população. Deve-se considerar que a segregação urbana reforça os efeitos negativos da desigualdade de renda, concentrando a pobreza, produzindo isolamento social e diminuição de oportunidades, reduzindo a aplicação de recursos públicos nas áreas pobres e provocando o declínio da coesão social.

As desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações.

Sendo assim o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas (BARRADAS, 2009).

CAP 2 Transferência Condicionada de Renda e o Bolsa Família

2.1 - Transferência Condicionada de Renda: Antecedentes e Atualidade

No cenário marcado pela reestruturação do mundo do trabalho, pelo padrão de acumulação flexível e pela “precarização” das condições de trabalho, o debate sobre as relações entre assistência e trabalho foi retomado. Em tempos de agravamento da crise econômica do Capital, o enfoque tem sido sobre os desafios da inserção social e neste contexto os Programas de Transferência Condicionada de Renda ganham destaque (SILVA; YASBECK & GIOVANI, 2007).

De imediato cumpre esclarecer que a transferência condicionada de renda é aqui compreendida como parte estratégica das políticas de combate à pobreza. Sua ação é focada nos grupos em maior vulnerabilidade e se caracteriza por ser uma transferência monetária direta à indivíduos ou à famílias.

A transferência condicionada de renda, para além de ser uma ação governamental de combate à pobreza, é fruto do debate e das pressões de diversos setores sociais frente aos padrões inacreditáveis de desigualdade existente no mundo contemporâneo. Neste contexto, o Programa Bolsa Família é um Programa de Transferência Condicionada de Renda, que se coloca como alternativa para o enfrentamento da fome e da pobreza, expressões da questão social. Para entender os diferentes contornos que este tipo de programa adquire é importante considerar que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e pelo processo de acumulação, e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca de concepções e propostas para a condução das políticas econômicas e sociais (IAMAMOTO, 2003).

O que é possível identificar hoje em plena crise econômica mundial ³ é que a transferência de renda vem sendo apresentada como estratégia de enfrentamento à pobreza em

³ A crise econômica mundial atual, como aponta Chesnais é resultado da “forma como o capitalismo, na sua longa fase de expansão, tentou superar os seus limites imanentes. E como todas essas tentativas contribuíram para criar agora uma crise muito maior. Comparável à de 1929, mas que ocorre num contexto totalmente novo”. Ver apresentação do autor em 18 de setembro de 2009 em Buenos Aires sobre a nova crise econômica.

diversos países. Contudo, há fortes críticas a prioridade atribuída aos Programas de Transferência Condicionada de Renda (TCR) por acreditar-se que esse investimento deixa de ser canalizado para políticas universais que incidem na melhoria das condições de vida e de saúde da população em geral (LAVINAS, 2000). Em levantamento realizado pela CEPAL (2006) sobre o financiamento de programas deste tipo na América Latina e Caribe verificou-se que de um modo geral o gasto com os mesmos fica em torno de 1% do Produto Interno Bruto desses países (PIB), inclusive o gasto brasileiro com o Programa Bolsa Família. Ou seja, investir em TCR não vem impondo ao país um gasto social que a incompatibilize com o investimento em políticas sociais de caráter universalizante. Se a opção política de gasto social for direcionada nesse sentido, a focalização de programas como o Programa Bolsa Família poderia se converter em uma espécie de discriminação positiva até que toda a população estivesse sendo alcançada de maneira equitativa por políticas universais. Assim, é importante compreender que são concepções políticas que direcionam o gasto público para não se estabelecer uma disputa de recursos entre iniciativas importantes e complementares.

Percebe-se que, entre os vários programas similares ao PBF em vigor em países da América Latina, os eixos principais dos programas são os mesmos, fundamentalmente, a garantia de uma renda mínima, a emancipação feminina⁴ e combate da feminilização da pobreza, a melhoria das condições de saúde das mulheres/mães e crianças e a universalização do ensino básico. Estes eixos foram pactuados como compromissos dos países membros da ONU para o desenvolvimento mundial nesse milênio⁵. Dois pressupostos orientam, ainda, no caso do Brasil a articulação dessa transferência com políticas de saúde e educação: a que a transferência monetária possibilita tirar os filhos das famílias pobres da rua e que a articulação dessa transferência com outras políticas sociais pode se constituir em estratégia de enfrentamento da pobreza na medida em que melhorando as condições de escolaridade e saúde dos filhos das famílias mais vulneráveis espera-se contribuir para a superação da reprodução intergeracional da pobreza já que os estudos mostram que piores condições de saúde e educação afetam direta e negativamente as possibilidades dos sujeitos de alcançarem melhores condições de trabalho e renda na vida adulta (SILVA, 2007; Brasil, 2004).

⁴ Entendendo esses programas como emancipação feminina simplesmente a titularidade do benefício, esquecendo que isso por si só não garante a autonomia no uso do recurso e menos ainda da autonomia e emancipação feminina em todos os aspectos da vida social.

⁵ Ver: Objetivos de Desarrollo del Milenio (CEPAL, 2005)

É importante compreender o processo que leva na conjuntura atual a concepção da transferência de renda como estratégia fundamental para combater a pobreza. Polanyi (2000) ressalta que no início do capitalismo houve um Duplo Movimento, de um lado pela consolidação do mercado auto-regulável e de outro pelas resistências à desproteção social que a consolidação desse mercado trazia devido às profundas mudanças nos padrões de sociabilidade vigentes. Esse novo padrão de sociabilidade vai dar origem justamente a formas de proteção social que não mais a primária, por pertencimento, obrigações e reprodução de uma determinada sociabilidade. O sistema salarial, portanto desobriga os homens das relações servis, de compadrio e familiares e o capitalismo busca acabar com essas relações, embora ecos delas estejam presentes até hoje.

A pobreza está presente ao longo da história da humanidade, mas sua notoriedade com a revolução industrial se deve ao esgarçamento dos processos de sociabilidade e proteção vigentes até então.

Ainda com Polanyi verificamos que nesse processo de resistência à desproteção social é que surge a inglesa Speenhamland Law de 1795 que pode ser considerada a primeira legislação a garantir transferência de renda. Trata-se de uma mudança enorme em relação às Poor Laws anteriores. Essas leis anteriores ao capitalismo industrial se dirigiam àqueles à margem da sociedade e do trabalho (idosos, crianças carentes, órfãos, desocupados) e sua preocupação, muito mais que proteger, era moralizar. Os pobres que fossem considerados capazes eram obrigados a trabalhos forçados, a mendicância era punida (POLANYI, Op Cit, 2000)

Já a Speenhamland Law foi criada justamente no momento do agravamento da pobreza pelo novo contexto do capitalismo industrial. Ela visava garantir uma complementação de renda para os pobres com base no preço do pão e na quantidade de filhos. Aqui se verifica que a assistência pela primeira vez foi estendida aos pobres trabalhadores. Como nos assinala Polanyi (2000, p. 99):

A sociedade do século XVIII resistiu inconscientemente, a qualquer tentativa de transformá-la em mero apêndice do mercado de trabalho, mas estabelecê-lo significava nada menos que destruir totalmente o tecido tradicional da sociedade. Mesmo durante o período mais ativo da Revolução Industrial, de 1795 a 1834, impediu-se a criação de um mercado de trabalho na Inglaterra através da Speenhamland Law.

Polanyi, explicitando esse processo do duplo movimento, ressalta ainda que na verdade a Speenhamland Law introduziu uma inovação social e econômica que nada mais era que o direito

de viver. Sob essa legislação, a sociedade se debatia entre duas influências opostas: a que emanava do paternalismo e que protegia a mão de obra dos perigos de um sistema de mercado, e a que organizava os elementos da produção, inclusive a terra, sob um sistema de mercado, afastando gente comum do seu status anterior, sendo obrigados a ganhar a vida às custas da venda do próprio trabalho, enquanto, ao mesmo tempo privava esse trabalho do seu valor de mercado(Op. Citada).

No contexto de expansão da revolução industrial esta lei se mostrou contrária à lógica capitalista que se queria implementar, sendo alvo de duras críticas. As principais diziam respeito ao fato do indivíduo receber assistência mesmo que estivesse empregado, o que fazia com que se tornasse improdutivo já que o salário podia ser complementado, e que fundos públicos para subsidiar salários eram um impedimento ao desenvolvimento do mercado de trabalho e, contraditoriamente, acabavam por achatam os salários. O que Polanyi está assim mostrando é que os processos sociais não são lineares, e sim que há sempre o duplo movimento por que há resistências e continuidades, o que podemos perceber claramente quando analisamos os processos históricos numa perspectiva de longa duração, como ele.

Já em 1834 havia o consenso geral de que era necessário o fim da Speenhamland Law. A Poor Law Reform de 1834 acabou com essa obstrução ao mercado de trabalho e ao pleno desenvolvimento do capitalismo. Portanto, alterou significamente o padrão de sociabilidade e de proteção social vigente.

Além de constituir-se em política social com o objetivo de garantir o direito a um padrão mínimo de reprodução e participação na distribuição da riqueza produzida socialmente pelo país com investimento direto no desenvolvimento de capital humano, o PBF é sem dúvida mais uma expressão de um longo processo de resistência à desproteção social experimentada sob o capitalismo. Assim, ao mesmo tempo em que seu potencial enquanto política de redistribuição de renda é valoroso, o programa transfere renda em valores que por si só não permitem sustento digno de nenhuma família.

Os modernos sistemas de proteção social no século XX surgiram para atenuar as diferenças sociais criadas pelo livre funcionamento do mercado, principalmente as diferenças de salários, renda e consumo e que são sempre respostas pelos diferentes momentos de funcionamento dos mercados e causa da produção de desigualdades (VIANA & MACHADO, 2008).

A forma criada para proteger os cidadãos desses movimentos de produção de desigualdades e de insegurança social foi a assunção pelo Estado, do financiamento e provisão de um grande número de bens e serviços que os cidadãos não poderiam acessar única e exclusivamente pela renda obtida pelo trabalho, ou quando sem trabalho necessitassem desses bens, como é o caso da saúde (Op.Cit., 2008).

Dessa forma o Keneynsianismo, nos anos do pós II Guerra é também uma expressão da resistência ao mercado auto-regulável, e uma crítica ao liberalismo clássico que afirmava que a motivação natural para o ganho econômico é o móvel do Bem Estar Social. Como explica Brandão (1993, p. 86):

Se a característica principal do comportamento individual é a consecução dos interesses materiais, é o mercado que, através de seu funcionamento (caracterizado pela atuação de uma “mão invisível” naturalmente justa) regula as paixões e os desejos individuais, canalizando-os no sentido da plena construção do bem-estar para todos. O mercado é também o limite preciso para a interferência do Estado, pois à medida que o primeiro se auto-regula através de mecanismos naturais, a política econômica torna-se desnecessária...

O economista inglês Keynes apresenta grande crítica ao liberalismo e propõe uma política econômica planificada investindo no aumento do consumo e na produção para gerar o “pleno emprego”. Uma redistribuição de renda em prol das camadas trabalhadoras é fundamental para garantir esses mecanismos. Como esclarece Brandão (Op.Cit, p. 90):

No período pós Segunda Guerra Mundial, a teoria econômica keynesiana constituiu o suporte político ideológico para a expansão de Estado de bem Estar. Este novo formato da política estatal sustentava-se em dois princípios , o pleno “emprego”, e a “igualdade”(ou seja, os “direitos sociais” de cidadania). A intervenção do Estado, assim, se fazia em duas frentes: 1) na política fiscal e financeira e, 2) na política social, ou seja, na expansão do emprego público e na criação de vários “aparelhos de consumo coletivo”, educação, habitação, saúde etc – que se incorporavam à cultura política na forma de “ direitos de cidadania...

Esse movimento de criação de estruturas e subsistemas de proteção social, atuando de forma conjunta e sinérgica, foi a grande conquista do século XX, quando se conseguiu que o social e o econômico se conjugassem em favor de uma maior igualdade e integração social, de forma a neutralizar os riscos sociais criados pelos processos acelerados de

industrialização/urbanização advindos do ciclo econômico em vários períodos do século passado (VIANA & MACHADO, 2008).

O que se assiste a partir de então é um rápido crescimento econômico nos países europeus que adotaram esse modelo concomitante a um desenvolvimento de um aparato estatal de proteção social. A economia cresce com baixa taxa de juros, há investimento na produção e aumento na arrecadação de impostos o que vai permitir o desenvolvimento da proteção social e do Bem Estar.

É fundamental salientar que a consolidação desse modelo foi em grande parte devido à mobilização das camadas trabalhadoras urbanas européias que lutavam por melhores condições de vida e de trabalho. No entanto, cabe ressaltar que além de se caracterizar como período de crescimento econômico, e de expansão dos direitos sociais, o Welfare State, propiciou um esvaziamento do conflito de classe (MAGALHÃES, 2007).

A experiência do pleno emprego e a expansão dos benefícios sociais, estruturada a partir da contribuição salarial, fortaleceu mecanismos de integração social para além das redes tradicionais associadas à família e à comunidade. Assim, a reprodução social passa a ser garantida pelos sistemas de proteção social e não mais submetida exclusivamente às leis do mercado. Com a constituição dos Welfare State no pós - guerra na Europa a pobreza é vista como problema social, como “Questão Social”, de responsabilidade do Estado. O Welfare State europeu construiu sistemas de Proteção Social marcados pela visão solidária do direito social.

A expansão dos chamados Welfares States após a segunda Guerra Mundial consolidou um sistema de proteção social no qual o direito à assistência residual foi substituído pelo direito universal ao Bem Estar, independente do trabalho e sem condicionalidades.

No decorrer do século XX, diferentes sistemas de proteção social foram construídos, alguns mais cedo do que outros, uns mais extensos e integrados. Contudo, a partir das décadas de 70 e 80, as transformações resultantes da globalização e da inovação tecnológica refletiram diretamente na dinâmica do trabalho e na autonomia dos Estados Nacionais. Nas palavras de Magalhães et al (2007, p. 1416):

...(as transformações) reintroduziram a tensão entre o projeto de proteção social baseado nos direitos de cidadania e as possibilidades e alternativas concretas de integração. O desemprego estrutural, o enfraquecimento de formas tradicionais de associação e luta coletiva e a inadequação dos mecanismos de gestão pública dos novos problemas sociais multiplicaram experiências de

vulnerabilidade, dependência e exclusão entre grupos sociais anteriormente protegidos.

Em nosso continente o século XX também foi o período da construção de sistemas de proteção social, no entanto esse processo se inicia tardiamente, e mesmo assim com grandes distorções, muita segmentação, fragmentação institucional e quase nulas as possibilidades de participação e controle social. No entanto podemos verificar com Silva (2007, p. 1430) em um breve relato sobre política social no Brasil que:

Os marcos iniciais da constituição e desenvolvimento de um Sistema de Proteção Social no Brasil remontam aos anos 1930, quando o país, no seu processo de desenvolvimento econômico, passa de um modelo de desenvolvimento agro-exportador para o modelo urbano-industrial, demandando o atendimento de necessidades de uma classe operária emergente. A partir de então, o Sistema de Proteção Social brasileiro se desenvolve e se expande, principalmente durante os anos 1970...

Contudo, enquanto os países desenvolvidos discutiam a crise do sistema protetor e as alternativas de reforma, nós latino americanos tentávamos deslanchar processos de construção dos sistemas de proteção social. A difusão de idéias reformistas e o diagnóstico de insustentabilidade econômica dos sistemas de bem-estar surgiam como um freio à construção de novos sistemas protetores nos países em desenvolvimento. Isto se deu de tal modo que o modelo de proteção social da América Latina foi baseado no emprego formal, garantindo dois tipos básicos de benefícios: assistência à saúde, individual e curativa, e aposentadoria, pensões e benefícios ligados aos acidentes de trabalho. Esse modelo de seguro social, criado na metade do século 20, se expandiu enormemente com o crescimento econômico pós-1930 até meados dos anos 70, com características fortemente protetoras e pouco redistributivas. A redistribuição de recursos entre camadas da população e a mobilidade social aconteceram nesse período, mais pela expansão do emprego, e menos pela política social, tendo em vista seu atrelamento ao mercado formal de trabalho.

No Brasil, a partir da década de 30, à maior intervenção estatal na economia correspondeu a um aumento da intervenção estatal na área social. A política social no Governo Vargas enfatizou a regulação do mundo do trabalho, destacando-se a legislação trabalhista e previdenciária, com a expansão de alguns direitos sociais aos integrantes das categorias profissionais do mercado de trabalho formal e urbano, estratégicas para o processo de

desenvolvimento em curso. A limitação importante do modelo varguista foi a criação de várias “categorias de brasileiros”, deixando de fora muitos grupos, sem sequer tocar na questão da terra e dos direitos rurais. O sistema de proteção social brasileiro se expandiu nas décadas subsequentes em termos de áreas das políticas e população beneficiária, porém sem que suas características fundamentais fossem alteradas até os anos 1980 (VIANA & MACHADO, 2008).

A adoção de modelos universais não se colocou para a América Latina, porém no Brasil nos anos de 1980 essa idéia entrou na agenda pública na conjuntura da redemocratização, questionamento do antigo regime de proteção social e processo constituinte que vai dar origem a Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, que reconhece a universalidade dos direitos sociais e sua garantia como responsabilidade do Estado.

Com a crise do Capital do final dos anos 1970 e que perdurou até meados dos anos de 1990, houve desfinanciamento do modelo de seguro social, com destaque no Brasil para a crise da Previdência Social e da Saúde (Op. Cit., 2008).

Diante de todo esse panorama, é preciso apreender o Programa Bolsa Família não como fruto de uma trajetória linear da proteção social no Brasil, mas expressão concreta das possibilidades que tem sido gestadas no país em termos de proteção social. Porém não é possível compreender a realidade brasileira e especificamente nesse caso o status do PBF em nossa sociedade hoje sem entendermos que o Brasil jamais chegou a ser um estado de Bem Estar Social. Ainda que os sistemas de proteção social latinos americanos já tenham sido equivocadamente considerados como “Welfare Mix”(CARVALHO,2006) e que com a globalização até mesmo os processos de proteção social tendam a se aproximar devido a uma certa homogeneização dos paradigmas de cuidado, em nossa sociedade, a proteção social ainda é precária e mais do que insuficiente.

Como nos mostra Oliveira (2003) o Brasil é um Onitorrinco, que mescla agrobusiness, com relações de escravidão no campo, um setor de serviços bastante desenvolvido e uma crescente financeirização da economia com índices inacreditáveis de concentração da riqueza, com insuficiente desenvolvimento tecnológico de ponta. Sabendo que o Onitorrinco não é isolado, nem dependente, nem atrasado, mas que justamente por suas características tem encontrado um lugar específico na dinâmica capitalista contemporânea globalizada. Assim ao mesmo tempo em que o PBF representa manutenção de padrões que são próprios da sociabilidade brasileira, ele corresponde a exigências de organismos de financiamento

internacionais, tais como: a continuidade da responsabilização das mulheres pelo cuidado com os filhos; a intervenção nas famílias através da ação “higienista” direcionada às mulheres e crianças; a identificação do direito com bem-estar; o condicionamento do acesso ao direito, a reprodução social das camadas empobrecidas no limite da indignidade.

Vale lembrar que mesmo já tendo sido implantados Programas de Transferência de Renda em diversos países da Europa a partir dos anos 1930, as experiências internacionais se iniciam mais expressivamente a partir dos anos 80. Como apontam Monerat et al (2007, p.1456):

O primeiro país a implementar este tipo de programa foi a Dinamarca em 1933, seguida da Inglaterra em 1948, Alemanha em 1961, Holanda em 1963, Bélgica em 1974, Irlanda em 1974, Luxemburgo em 1986 e mais recentemente a França em 1988, apresentando cada qual diferentes padrões e nomenclaturas. Interessa salientar que, diferentemente dos Estados Unidos, a instituição destes programas na Europa se deu sob a influência do debate sobre Seguridade Social, inaugurado, nos anos 1940, por Beveridge.

Ainda segundo as autoras as principais questões e diferenças entre estes Programas se referem a vinculação ou não entre renda e trabalho, a focalização ou universalização das iniciativas e a existência ou não de condicionalidades. Verifica-se que o Programa Francês, o Renda Mínima de Inserção, se sobressai sobre os demais enquanto principal expressão de inserção social na medida em que se destina a todos os maiores de 25 anos que não obtenham renda suficiente para sua sobrevivência e tem como objetivo principal a inserção dos indivíduos no mercado de trabalho.

No caso do Brasil, e da América Latina de modo geral, é a partir da década de 90 num cenário agudizado pelas grandes transformações econômicas e sociais do mundo do trabalho (reestruturação e precarização) em função da revolução tecnológica da era da informação, que assistimos ao avanço das políticas sociais com corte neoliberal. As primeiras iniciativas de Programas de Transferência de Renda surgem, nesse momento, principalmente enquanto estratégia para o enfrentamento emergencial da pobreza. De forma geral, os programas latinoamericanos vem condicionando o acesso a renda ao cumprimento de condicionalidades notadamente em saúde e educação.

Isto é facilmente explicável, já que ao contrário dos países europeus em que os direitos sociais básicos estão consolidados e garantidos, nosso continente ainda apresenta sérias dificuldades nessa área. Brasil, México e Chile se destacam por apresentarem programas maiores,

mais sólidos, melhor institucionalizados, com fontes de financiamento próprias e avanços na gestão dos mesmos. O programa mexicano Oportunidades é um dos que mais se assemelha ao Programa Bolsa Família brasileiro em relação à descentralização, condicionalidades, controle social instituído, e tem apresentado resultados impactantes no enfrentamento da pobreza no país. Já o Chile Solidário, programa que tem toda a sua gestão centralizada pelo governo nacional e tempo de permanência máximo das famílias beneficiárias definido como 5 anos, atua numa lógica de atendimento integral à família (com alguma semelhança ao SUAS do Brasil), sendo a transferência de renda uma de suas vertentes (CEPAL, 2006; BERNARDES, 2009; COHEN & ROLLANDO, 2006) .

O debate sobre a Transferência de Renda no Brasil toma maiores proporções com a aprovação do Projeto de Lei que propunha o Programa de Garantia de Renda Mínima. Sendo essa discussão também pontuada pelo debate em torno da noção de mínimos sociais, presente desde a Constituição Brasileira de 1988, na Lei Orgânica da Assistência Social e mais recentemente na implementação e consolidação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Como relata Silva (2008, p. 11):

O debate sobre os Programas de Transferência de Renda no Brasil se iniciou em 1991 e a implementação de programas de essa natureza começa em 1995, com os programas municipais de renda mínima nas cidades de Campinas, Ribeirão Preto e Santos em São Paulo e o Bolsa Escola em Brasília. A partir de 1999, esses programas começam a ser implementados em alguns estados, expandindo-se, em nível nacional, a partir de 2001, com a criação de grandes programas federais (Bolsa Escola e Bolsa Alimentação), embora os primeiros programas tenham sido criados em em 1996- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e Benefício de Prestação continuada (BPC).

A pobreza dos grupos destituídos até a Primeira República era vista como caso de polícia. Já no período entre os anos de 1930 e 1970 a proteção social no país esteve basicamente atrelada ao poder de negociação de setores privilegiados do mercado formal de trabalho. Os trabalhadores vinculados ao mercado informal, ao meio rural e autônomos, alijados da seguridade social de base contributiva e mais vulneráveis à pobreza e à exclusão, tornaram-se a principal clientela das ações e programas assistencialistas e residuais. O papel das políticas sociais se orientava a gerar condições necessárias para o fortalecimento da economia (MAGALHÃES et al, 2005).

Nos anos 80, após o fracasso do desenvolvimentismo e crise do modelo urbano industrial, o aumento da informalidade e do desemprego tornam as questões da pobreza e dos direitos

sociais temas prioritários na agenda do Estado, com ênfase nas ações emergenciais para enfrentamento da pobreza. À esse processo também estão ligados o surgimento de maior participação social e a participação de novos atores sociais. A Constituição Federal de 1988 vem justamente reforçar o papel da sociedade civil na garantia dos direitos de cidadania. E ainda no princípio dos anos 90 o cenário continua sendo de intensa mobilização como se comprova pelos movimentos pela Ética na Política, *impeachment* do presidente Collor e pela Ação da Cidadania no Combate à Fome e à Miséria. Momento em que o debate sobre renda mínima ganha destaque no país com o projeto de Lei de Eduardo Suplicy, aprovado em dezembro de 1991, que instituía o Programa de Garantia de Renda Mínima. Um imposto negativo para todas as pessoas residentes no país, maiores de 25 anos com rendimentos abaixo de 2,5 salários mínimos. Para o cálculo do benefício, inicialmente foi proposto o patamar de 30% da diferença entre 2,5 salários mínimos e a renda individual (Op. Cit., 2005).

Ao mesmo tempo, o debate sobre programas de renda mínima no Brasil foi ampliado, e programas de transferência de renda foram implementados focalizados nas famílias em situação de vulnerabilidade e pobreza já associando ao benefício monetário à frequência escolar e o acesso aos serviços básicos de saúde. O primeiro programa de transferência de renda estruturado a partir desta perspectiva surge em Campinas no final de 1994. Em 1995, o então governador do Distrito Federal Cristóvão Buarque criou o Programa Bolsa Escola que transferiria um salário mínimo para as famílias com renda de até meio salário mínimo mensal per capita e com crianças entre 7 e 14 anos frequentando a escola e residentes há pelo menos 5 anos na região.

Em 1996, é implementado o Benefício de Prestação Continuada já previsto pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) desde 1993, no valor de um salário mínimo para pessoas com mais de 67 anos (atualmente 65) e a pessoas portadoras de deficiências com renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Em 1997, é criado o Programa de garantia de Renda Mínima que estabelecendo que o governo federal concederia apoio financeiro de 50% dos gastos dos municípios com renda tributária e familiar per capita inferiores às respectivas médias nacionais com programas de renda mínima, com a exigência de que as famílias mantivessem seus filhos com idade entre 7 e 14 anos na escola. Esse estímulo favoreceu a disseminação de programas de transferência de renda no país.

Silva, Yasbeck e Giovani (2004) mostram que é criado, em 1996, o Programa “Vale Cidadania” objetivando a diminuição do trabalho de crianças e adolescentes no corte de cana e em carvoarias e que posteriormente originou o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). A partir de 2001, mais programas são criados e há também expansão dos já existentes. Surge o Fundo de Combate à Pobreza dirigido ao financiamento de programas de transferência de renda e se estabelece convênio entre governo federal e municípios para a transferência direta do auxílio aos beneficiários por cartão magnético. As famílias com crianças entre 6 e 15 anos, frequentando a escola com renda per capita de meio salário mínimo são o alvo da iniciativa.

Como ressalta Magalhães et al (2005) ainda em 2001 é criado o Programa Nacional de Garantia de Renda Mínima vinculado à Educação “Bolsa Escola” do Ministério da Educação – com o objetivo de atender 10,7 milhões de crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade e 5,9 milhões de famílias com renda per capita de meio salário mínimo. Cada família passava a receber R\$ 15,00 mensais por criança, limitado o valor a R\$ 45,00, pagos pela Caixa Econômica Federal e movimentados por meio de um cartão magnético, entregue preferencialmente ao responsável do sexo feminino pela família. Os municípios foram responsabilizados pelo cadastramento, seleção e avaliação da frequência escolar das famílias e, também, pelo desenvolvimento de ações socio-educativas e criação do Conselho de Controle Social do Bolsa Escola, formado por (no mínimo) 50% de integrantes da sociedade civil sem vínculos com o poder público municipal.

Paralelamente, as autoras sinalizam que foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Bolsa Alimentação cujo alvo eram as famílias pobres com crianças de 6 meses a 6 anos de idade, mulheres gestantes, nutrizes e mães amamentando seus filhos. O Programa Bolsa Alimentação destinava R\$15,00 mensais para crianças de 6 meses até 6 anos e 11 meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional com renda *per capita* de até meio salário mínimo. O limite do valor do benefício era o mesmo do Programa Bolsa Escola (R\$ 45,00) e a permanência no programa estava condicionada ao cumprimento de uma agenda de compromissos que incluía a frequência ao pré-natal, a participação em ações educativas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, amamentação e vacinação (MS, 2002).

Enquanto o Programa Bolsa Escola salientava a importância da educação na superação da pobreza das futuras gerações, o Bolsa Alimentação significava uma nova estratégia dos

programas de saúde e nutrição superando a distribuição de cupons e alimentos pela transferência direta do recurso financeiro. A permanência no programa era de 6 meses renováveis a partir do cumprimento das condicionalidades previstas.

Além dos Programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995/2002) foram implementados ainda o Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, os programas Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano-destinado a jovens entre 15 e 17 anos de idade, ausentes da rede de ensino e oriundos de famílias com renda per capita de até meio salário mínimo- e o Auxílio Gás – voltado às famílias com renda de meio salário mínimo per capita ou beneficiárias de outros programas federais. Um cadastro único capaz de mapear com rigor as famílias vivendo em situações de pobreza e extrema pobreza era uma tentativa de superar o problema histórico das políticas sociais brasileiras de baixa capacidade de focalização.

Em 2003, no Governo de Luis Ignácio Lula da Silva foi instituído o programa Cartão Alimentação, vinculado originalmente ao antigo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome e posteriormente integrado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O programa fornecia um crédito de R\$ 50,00 para as famílias com renda inferior a meio salário mínimo per capita. O recurso recebido deveria ser utilizado na compra de alimentos e o titular do cartão era preferencialmente a mulher responsável pela família. As famílias atendidas pelo Programa eram cadastradas em seus municípios por um Comitê Gestor local, composto por representantes do governo estadual, do governo municipal e da sociedade civil. Os comitês gestores também eram responsáveis pelo acompanhamento e pela fiscalização da implantação do programa. As contrapartidas previstas para a concessão do cartão eram a frequência a cursos de alfabetização e à rede de saúde, a requalificação profissional e a prestação de serviços comunitários, entre outras.

Já em outubro do mesmo ano o Governo Lula instituiu o Programa Bolsa Família que unificou esses programas de transferência de renda anteriores e expandiu-se rapidamente por todo o país. Desta forma em 2006, o PBF já estava sendo implementado em todos os 5563 municípios brasileiros e no Distrito Federal, atingindo mais de onze milhões de famílias pobres e contando com recursos da ordem de oito bilhões e trezentos milhões de reais. Estes dados

demonstram claramente que esse é o maior programa social já implementado no Brasil, e que a transferência de renda é o eixo principal da proteção social no país na atualidade (SILVA, 2008).

É interessante verificar que todos esses programas, e também o PBF, tem incorporado ainda em seu rol de beneficiários trabalhadores formais ou informais desde que o critério da renda per capita os coloque dentro da faixa de pobreza alvo. Devido a um reconhecimento de que a reestruturação produtiva impactou em muito à proteção do mundo do trabalho, e principalmente reconhecendo que os padrões salariais desses países não garantem o sustento digno das famílias pobres.

2.2-O Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) criado em outubro de 2003 através da Medida Provisória nº 132 (depois transformada na Lei n. 10.836 de 9 de Janeiro de 2004 e Regulamentada pelo decreto de 5.209 de 17 de setembro de 2004) é um programa de transferência de renda condicionada, a nível nacional, destinado a famílias pobres e extremamente pobres. Para esse programa são consideradas extremamente pobres as famílias com renda per capita de até R\$ 70,00 e pobres as com renda per capita até R\$ 140,00.

Os benefícios pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$ 22,00 (vinte e dois reais) a R\$ 200,00 (duzentos reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 e 17 anos. Cabe salientar que o Programa recomenda que a titularidade do benefício seja da mulher da família.

São três tipos de benefícios: o Básico; o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente.

O Benefício Básico, de R\$ 68 (sessenta e oito reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, com renda mensal de até R\$ 70 per capita. Este benefício é pago às famílias independentemente de sua constituição. Já o Benefício Variável, de R\$ 22,00 (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais). O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), criado em 2007, a partir da Medida

Provisória n ° 411, atribui o valor de R\$ 33,00 (trinta e três reais) a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos freqüentando a escola. Neste caso, cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais) (MDS, 2009).

Exemplos de como o benefício é calculado podem ser visto nas tabelas a seguir:

Tabela 1 - Valor do benefício pago às famílias com renda mensal de até R\$ 70,00 por pessoa

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Básico	R\$ 68,00
1	0	Básico + 1 variável	R\$90,00
2	0	Básico + 2 variáveis	R\$ 112,00
3	0	Básico + 3 variáveis	R\$ 134,00
0	1	Básico + 1 BVJ	R\$ 101,00
1	1	Básico + 1 variável + 1 BVJ	R\$ 123,00
2	1	Básico + 2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 145,00
3	1	Básico + 3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 167,00
0	2	Básico + 2 BVJ	R\$ 134,00
1	2	Básico + 1 variável + 2 BVJ	R\$ 156,00
2	2	Básico + 2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 178,00
3	2	Básico + 3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 200,00

Fonte: MDS, 2009

Tabela 2 - Valor do benefício pago às famílias com renda familiar de R\$ 70,00 a R\$ 140,00 por pessoa

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Não recebe benefício básico	-
1	0	1 variável	R\$ 22,00
2	0	2 variáveis	R\$ 44,00
3	0	3 variáveis	R\$ 66,00
0	1	1 BVJ	R\$ 33,00
1	1	1 variável + 1 BVJ	R\$ 55,00
2	1	2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 77,00
3	1	3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 99,00
0	2	2 BVJ	R\$ 66,00
1	2	1 variável + 2 BVJ	R\$ 88,00
2	2	2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 110,00
3	2	3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 132,00

Fonte: MDS, 2009

O programa estabelece ainda uma agenda de condicionalidades a ser cumprida pelas famílias, almejando assim melhorar os indicadores sócio-educacionais e de saúde. Portanto, segundo a proposta do Governo Federal, aliando à ação emergencial da transferência do recurso monetário, são fundamentais iniciativas no campo da saúde, da educação e da assistência social que ao longo prazo possibilitem o incremento do capital humano e a interrupção do círculo geracional de reprodução da pobreza (BRASIL, 2003).

O PBF integra o Programa FOME ZERO que estabelece como seus objetivos a segurança alimentar e nutricional, a erradicação da extrema pobreza e a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome. O programa unificou quatro programas federais de transferência de renda: os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Vale Gás. Ainda segundo o Governo, a unificação das intervenções anteriores buscou melhorar a gestão e otimizar o gasto social do governo federal, incorporando as contrapartidas existentes nos programas de transferência de renda anteriores e a gestão descentralizada. A partir de 2005, por intermédio da Portaria 666, de 28 de dezembro, também o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil passa a se integrar ao Bolsa Família. Ainda segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS – observa-se também a unificação do Bolsa Família com Programas de Transferência de Renda Estaduais e Municipais⁶.

⁶ Ver www.mds.gov.br, consultado em 13/07/2009

A gestão do Programa é de responsabilidade dos Municípios que devem proceder ao cadastramento das famílias em situação de pobreza, no Cadastro Único dos Programas Sociais – CadÚnico, instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001. Esse cadastro é um instrumento de coleta de dados e informações que tem por objetivo identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país. Devem se cadastrar as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo per capita.

Cada município tem um número estimado de famílias pobres considerado como a meta de atendimento do Programa naquele território específico. Essa estimativa é calculada com base nos dados do Censo de 2000 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, ambos do IBGE. A partir das informações inseridas no CadÚnico, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS seleciona, de forma automatizada, as famílias que serão incluídas no Programa a cada mês. O critério central é a renda per capita da família.

O cadastramento é o primeiro momento em que as famílias passam a ser “acompanhadas”. Apesar do critério central para a obtenção do benefício ser a renda, o cadastro levanta uma série de informações sobre as condições de vida e a trajetória dos grupos familiares. Torna-se fundamental questionarmos então, qual o sentido de todo esse levantamento quando o sistema não está programado para cruzar essas informações e identificar situações de risco que deveriam ser atendidas pelo programa. Em se pensando para além do cadastro, o que o Cad Único possibilita é fazer o levantamento do perfil sócio-econômico da população atendida e também orientações e acompanhamento pertinentes de acordo com as situações vivenciadas por cada família. Porém, diante da seleção automática do sistema, se o mesmo não identifica situações prioritárias para a proteção social, tampouco pode o técnico que realiza o cadastramento definir a partir da sua avaliação social que famílias terão ou não acesso à transferência de renda. O CadÚnico, como todo o conjunto de instrumentos de informação do PBF, foi verticalmente construído e implementado. Há que se reconhecer que é importante uma padronização dos sistemas de informação, até para que sejam possíveis o monitoramento e avaliação dos programas. No entanto, o que se percebe é que a implementação desses sistemas, devido a relativa autonomia dos governos municipais, bem como as particularidades regionais e as diferenças gritantes entre os municípios brasileiros, vem acontecendo de forma bastante distinta e com resultados diversos.

Sendo assim, o cadastramento pode ser realizado tanto por técnicos da área social no atendimento direto à família nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), como estratégia mais adequada à nova configuração da Política de Assistência Social, como pode ser realizado por digitadores terceirizados que manipulam informações registradas em questionários, sem que se tenha como garantir a fidedignidade das informações lançadas no sistema.

Conseqüentemente, o monitoramento previsto para as famílias beneficiárias encontra grandes problemas que vão desde a não localização das famílias nos endereços cadastrados, até a possibilidade de se verificar famílias beneficiárias fora do perfil do programa, passando por equívocos no registro da composição familiar, que pode permitir que estejam fora do acompanhamento membros da família aos quais o programa se dirige, e também crianças e adolescentes em situação irregular de guarda. Além de limitações de infra-estrutura como falta de equipamento para medição, transporte para realização de busca ativa, conforme os gestores locais dos municípios do Estado do Rio de Janeiro apontam (UFRJ & Fundação José Bonifácio, 2007).

As contrapartidas relacionadas aos serviços de saúde definidas no âmbito do Programa são: manter atualizado o calendário vacinal e monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, assistência ao pré-natal e puerpério, participação em atividades educativas de saúde e nutrição. No que tange às contrapartidas da educação, as crianças e adolescentes de até 15 anos devem ter frequência escolar mínima de 85% e os adolescentes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de 75%. Com a unificação dos programas a assistência social passa a ter também a condicionalidade de frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços socio-educacionais para crianças e adolescentes até 15 anos em risco ou já retirados do trabalho infantil. A normatização do Programa determina ainda, que o não cumprimento das condicionalidades pode ocasionar a suspensão ao bloqueio do benefício.

O cruzamento do total de cadastros em relação à meta do município com os números de famílias em cumprimento total das condicionalidades de saúde e educação é a base de cálculo do Índice de Gestão Descentralizada (IGD) que define o quantitativo de verba a ser repassado pelo MDS para cada município como contrapartida pela implementação do Programa. Os indicadores considerados para o cálculo do IGD são a qualidade e integridade dos dados do Cad Único verificados através da porcentagem de cadastros válidos; a atualização da base de dados do Cad Único pelo menos a cada dois anos; acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação. A normatização do IGD (Portaria N. 148 de 27/04/2006) sofreu em 2008 alterações importantes

por meio da Portaria N. 66 de 03/03/2008 e da Portaria N.76 de 06/03/2008, ambas do MDS. As principais alterações dizem respeito a criação do IGD Estadual, como estratégia de fortalecer a participação dos estados na gestão do Programa e também estabelecendo pontuação mínima nos indicadores base de cálculo para o IGD para a garantia de repasse da verba do Governo Federal. O IGD se constitui em um estímulo à gestão local do Programa. O direcionamento do recurso nos Municípios, no entanto, pode se constituir em fonte de disputa entre os gestores locais das diferentes políticas, na medida em que os Municípios têm relativa autonomia para a designação da utilização do recurso. Além disso, o MDS vem recomendando que o uso do recurso seja direcionado prioritariamente de acordo com as fragilidades apuradas no próprio cálculo do IGD, ou seja, que o recurso seja utilizado no incremento de estratégias que qualifiquem a gestão no sentido de alcançar índices melhores possíveis dos indicadores estabelecidos (Portaria n. 220 de 25 de junho de 2008).

Segundo o MDS os recursos do IGD podem ser utilizados para (MDS, 2008):

- **Gestão de Benefícios** (aquisição de equipamentos, melhoria de infra-estrutura para acesso à internet, treinamento para as equipes que operam os sistemas, realização de oficinas, realização de atividades de mobilização de famílias para entrega de cartões, mapeamento da logística de pagamento e etc.);
- **Gestão de Condicionalidades** (aquisição de equipamentos e materiais de apoio; realização de campanhas, realização de cursos sobre educação alimentar e nutricional; realização de visitas domiciliares; investimento em infra-estrutura para acompanhamento social de famílias em situação de descumprimento de condicionalidades, planejamento e realização de ações para a identificação e localização de famílias, elaboração de estudos e pesquisas, etc.);
- **Cadastramento de novas famílias, atualização e revisão dos dados do Cadastro Único** (aquisição de equipamentos, treinamento em informática, capacitação de cadastradores e entrevistadores; organização de ações que viabilizem a emissão coletiva de documentos de registro civil; realização de visitas domiciliares, atualização cadastral, etc);
- **Implementação de Programas Complementares ao PBF** (alfabetização e aumento da escolaridade de jovens e adultos, qualificação e formação profissional, atividades de geração de trabalho e renda, ações de incentivo ao cooperativismo, etc...);
- **Estruturação das Instâncias de Controle Social** (aquisição de equipamentos e melhoria de infra-estrutura necessária ao funcionamento, capacitações, promoção de atividades

educativas com as famílias sobre o PBF, articulação com outros conselhos municipais, verificação da oferta dos serviços sócio-educativos, de saúde e de educação, etc...);

- **Fiscalização** (realização de campanhas sobre quem pode ser cadastrado e quais os critérios para concessão do benefício, realização de visitas domiciliares para averiguação de denúncias sobre recebimento irregular de benefícios, ou sobre correspondentes bancários e outros canais de pagamento, etc...)

O repasse dos recursos do IGD é feito mensalmente, por transferência direta fundo-a-fundo de Assistência Social (do federal para o municipal) e a prestação de contas é feita anualmente pelos Fundos Municipais. Para receber os recursos do IGD o município deve ser habilitado na gestão municipal da Assistência Social, aderir ao PBF, e atingir um índice mínimo no IGD (inicialmente de 0,4; e atualmente de 0,5 ou de 0,2 em cada uma das quatro taxas). O valor total do repasse é calculado através da multiplicação do índice do IGD de um município por um valor de referência nacional (de R\$ 2,50 – dois reais e cinquenta centavos, na época da sua criação) e, da multiplicação deste primeiro produto, pelo número de beneficiários do PBF naquele município (BRASIL, 2006).

O IGD estadual, criado em março de 2008, considera parâmetros diferentes do IGD uma vez que leva em conta a capacidade gerencial que os estados desempenham junto aos seus municípios e o cumprimento de suas respectivas responsabilidades intersetoriais, porém 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 repassados bimestralmente do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Estaduais de Assistência Social. (BRASIL, 2008)

Para acompanhar o cumprimento das condicionalidades, o PBF se apropriou de sistemas de informação já existentes tanto na Saúde como na Educação. As informações relativas aos dados das condicionalidades de educação são inseridos no Sistema do Projeto Presença, do Ministério da Educação.

Já as condicionalidades da saúde, instituídas em 18 de novembro de 2004, através da Portaria nº 2.509, são acompanhadas por gestores municipais e avaliadas pelo módulo de gestão do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), vinculado a Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), e Programa de Agentes Comunitários de Saúde e/ou Programa Saúde da Família do Ministério da Saúde.

O acompanhamento das condicionalidades da saúde é feito semestralmente sendo os registros no sistema SISVAN realizados entre fevereiro e junho e, agosto e dezembro. Sendo assim, a cada vigência o Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) disponibiliza *online* a relação com todas as famílias beneficiárias com perfil saúde, ou seja, famílias com crianças menores de 7 anos e mulheres em idade fértil, (entre 14 e 45 anos) que devem ser acompanhadas por cada município.

O acompanhamento dos integrantes das famílias com perfil saúde deve ser registrado pelos profissionais de saúde e posteriormente lançados no módulo de gestão do SISVAN disponível na Internet para que sejam encaminhados ao Ministério da Saúde, *online*.

Uma das grandes dificuldades deste monitoramento é que frequentemente as Unidades de Saúde não possuem equipamentos básicos como computador com acesso a internet e tem carência de pessoal minimamente capacitado para a digitação dos dados de acompanhamento.

Em fevereiro de 2008 o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, foi assumido pela União, pelos Estados e Municípios por meio do Pacto pela Vida. Assim, foi estabelecida uma meta nacional, no qual, 80% das famílias beneficiárias do Programa deveriam ser acompanhadas, além disso, estados e municípios pactuaram o percentual de famílias que se propunham a acompanhar.

É interessante resgatar que o SISVAN foi preconizado na década de 70, na Conferência Mundial de Alimentação (ROMA, 1974), recomendado pela OMS, OPAS, FAO e UNICEF, com o objetivo de monitorar as condições nutricionais e o consumo de alimentos da população em vulnerabilidade social. Sistemas similares estão atualmente em fase de implantação em vários países do mundo.

No Brasil, a implantação do SISVAN iniciou-se na década de 70 com a proposta de organizar um sistema de informação para a vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Sua regulamentação aconteceu só em 1990 pela Portaria do Ministério da Saúde nº 080 (16/10/1990), sendo sua implementação pelos municípios pré-requisito para o repasse de recursos federais para as ações de combate à desnutrição. No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o Sistema se concentrava na atenção a gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde. O SISVAN foi incorporado às rotinas de atendimento monitorando o estado nutricional principalmente de

crianças até 3 anos principalmente devido ao antigo Programa do Leite. A partir de 2008 o SISVAN⁷ se subdividiu em dois sistemas de informação: o SISVAN Web e o SISVAN Módulo de Gestão.

O SISVAN Web é o sistema para registro de informações nutricionais e de consumo alimentar de todos os usuários do SUS, em qualquer fase do ciclo de vida.

Já o SISVAN Módulo de Gestão, sistema voltado exclusivamente para o monitoramento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, vem apresentando algumas limitações para a realização desse acompanhamento. O primeiro problema é que o SISVAN módulo de Gestão apresenta uma defasagem de atualização em relação ao CADÚnico de até seis meses, não conseguindo acompanhar a dinâmica das famílias e seus mapas de monitoramento podem assim induzir a erro.

Assim, uma família beneficiária aparece no CadÚnico na sua composição completa e no mapa de acompanhamento do SISVAN Módulo de Gestão, só aparecem os responsáveis legais (membro responsável pela família que faz o cadastro no programa e que possui o nº de identificação social) e os membros da família que têm condicionalidades de saúde para cumprir. Desconhecendo a composição real das famílias, as equipes técnicas de saúde tem limitadas as possibilidades de identificar importantes situações de risco de saúde e, sobretudo de propor estratégias de prevenção e promoção em saúde que se afinem ao perfil dessa população. O PBF prevê como condicionalidade o atendimento mais básico em saúde, ela deve então ser encarada como porta de entrada para rede de serviços. Então, dimensionar a composição familiar e a situação de saúde de todos os membros se torna fundamental pela possibilidade de prevenção e atenção à agravos de saúde diretamente relacionados as condições de vida dessa população em maior vulnerabilidade social.

Por não haver controle da dinâmica do cadastramento, não há garantia de que os beneficiários sejam corretamente orientados quanto à necessidade de cumprimento das condicionalidades de saúde a cada vigência do programa, o que torna a busca ativa dessas famílias para o monitoramento uma realidade para as equipes de saúde. Com a desatualização do SISVAN em relação ao CadÚnico e os erros de cadastramento, a não localização de famílias beneficiárias é frequente principalmente nos grandes centros.

⁷ Ver: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan> , consultado em:19/05/2010

Aqui nos deparamos com mais uma falha importante do sistema: o mesmo não cruza dados com o SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica, sistema de informação do Ministério da Saúde que monitora o Programa de Saúde da Família (Ver Portaria N. 648 de 28/03/2006- MS). No caso da Cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, os números de acompanhamento das condicionalidades da saúde de 2007⁸ mostram que ainda não eram localizadas cerca de 50% das famílias beneficiárias, pode-se inferir que isso se deva a: dificuldades de acesso ao atendimento na rede básica, a difícil localização dos endereços fornecidos no ato do cadastramento, devido às questões de urbanização dos espaços onde se concentram as populações mais empobrecidas. Mesmo o Rio de Janeiro que tem baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde cobrindo cerca de 7% da população) se beneficiaria desse cruzamento, por que o Programa Saúde da Família prevê o acompanhamento sistemático das condições de saúde das famílias residentes em sua área adscrita. Dessa forma garantiria o atendimento dessa população no que diz respeito às ações de prevenção e promoção da saúde. Os itens que compõem as condicionalidades do Programa Bolsa Família já fazem parte do acompanhamento realizado pelo Programa Saúde da Família. No enfrentamento das dificuldades de utilização de sistemas que não se comunicam vale a pena lembrar a experiência pioneira da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte reconhecendo a similaridade de monitoramento entre PBF e PSF investiu na criação de um sistema que transpõem dados do SIAB para o SISVAN. Assim, com uma cobertura de PSF em torno de 75% da população do município, alcançou em 2007 quase a sua totalidade de beneficiários do Programa Bolsa Família para acompanhamento das condicionalidades da saúde (Site MS/DATASUS/SISVAN).

Com a atual preocupação do Ministério da Saúde em expandir o Cartão SUS (cartão de identificação de todos os usuários do sistema único de saúde), como forma de registrar toda a trajetória do usuário no acompanhamento em saúde, e com isso permitir melhor controle de gastos, planejamento de políticas e serviços, causa espanto que reiteradamente se opte por programas com diferentes bases de dados que não se comunicam entre si. Um mesmo usuário passa a ter um número de identificação do SUS e um número de identificação social (NIS) diferentes. O cadastramento de uma parcela da população é para as gestões municipais trabalho dobrado, por que não há possibilidade do cartão SUS importar dados do CadÚnico.

⁸ Informação disponível em <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>, consultado em :13/07/2009

Ainda em se tratando das condicionalidades é fundamental salientar que as famílias podem ser punidas pelo não cumprimento das condicionalidades com sanções que podem chegar até o cancelamento do benefício. Isto é o que o Programa define como Repercussão Gradativa, ou seja, o efeito no benefício da família em decorrência do descumprimento da condicionalidade. Esse efeito pode ser advertência, bloqueio, suspensão ou o cancelamento do benefício. A repercussão no benefício das famílias ocorre nos meses ímpares e encontram-se nessa situação famílias que não cumpriram qualquer uma das condicionalidades durante o período de acompanhamento (Ver Instrução Operacional SENARC/MDS n. 27 de 22 de junho de 2009).

Inicialmente a família que descumprir as condicionalidades recebe uma advertência através do extrato bancário e de uma notificação entregue na residência. Em caso de segundo descumprimento, tem o benefício cortado por 30 dias. Se houver o terceiro descumprimento o benefício é suspenso por 60 dias. No quarto descumprimento, o benefício é cortado por mais 60 dias, sendo assim, somente no quinto descumprimento o benefício é cancelado. Porém, cabe sinalizar que em caso de descumprimento provocado por comprovada ausência de serviços, agravos de saúde ou por outros motivos justificados e reconhecidos pelo MDS, MEC e MS a família não será punida, desde que a família busque o gestor municipal do programa que pode requerer a anulação da “punição” da família (BRASIL, 2005).

Só há diferenças em relação ao cumprimento das condicionalidades de educação para adolescentes entre 16 e 17 anos. Neste caso, há maior rigor já que a partir do terceiro descumprimento o benefício é cortado (BRASIL, 2008).

No tocante à saúde é interessante verificar que a “punição” às famílias pelo não acompanhamento das condicionalidades tem critérios ambíguos, já que as famílias punidas são aquelas que se apresentam para o cumprimento das condicionalidades, mas que por alguma questão da própria dinâmica familiar ou de erro de registro da informação lançada no sistema, tem um acompanhamento parcial das condicionalidades. É interessante perceber que a própria composição familiar implica em desafios distintos para o registro dos dados. Por exemplo, para cumprir as condicionalidades da saúde integralmente todas as mulheres da família entre 14 e 45 anos incompletos devem comparecer a unidade para informar se estão ou não grávidas. Essa informação deve entrar no sistema e para tal deve ser preenchido o item relativo ao cumprimento do Pré-natal. Como as condicionalidades são divulgadas como o acompanhamento do pré-natal, as não gestantes em geral não comparecem (o que aumenta devido à longa extensão da faixa

etária de possíveis grávidas), e conseqüentemente isso gera o descumprimento das condicionalidades. Como as famílias que nunca foram acompanhadas são consideradas não localizadas (tendo sido ou não localizadas) estas não são punidas, sendo a punição nesse caso somente para o município, já que esse dado tem impacto no cálculo do IGD.

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome instituiu o Controle Social do Programa Bolsa Família por meio da Instrução Normativa de maio de 2005 que define que os municípios participantes do Programa devem ter uma Instância de Controle Social que pode ser desde um Conselho de Política já existente no município, ou a criação de uma nova estrutura. A normatização exige, sobretudo, que tenha composição paritária entre representantes do governo local e sociedade civil organizada, e que estejam representados nos grupos as diferentes políticas públicas que têm interface com o PBF.

No entanto, os sistemas de informação do PBF não permitem à essas instâncias de Controle Social o real controle sobre o gerenciamento dos dados lançados no sistema. Isto torna possível a fraude tanto no cadastramento como no acompanhamento das condicionalidades de saúde e educação. Possibilitada na educação, pela autonomia e poder da instituição na definição do que deve ser lançado como infrequência e o que deve ser considerado falta justificada. Já no caso da saúde, por exemplo, é possível lançar como acompanhadas famílias nem sequer localizadas e mudar o status do acompanhamento de uma família parcialmente acompanhada para totalmente acompanhada, beneficiando-se inclusive do atraso da atualização do SISVAN em relação ao CadÚnico.

Vale, no entanto, reforçar alguns avanços fundamentais do Programa Bolsa Família em relação ao desenho histórico das políticas sociais brasileiras. Como sinaliza SILVA (2008, p. 53) em sua pesquisa sobre o Programa realizada nos estados do Maranhão e Piauí:

...o processo de unificação em desenvolvimento pode ser considerado aspecto positivo no desenvolvimento das políticas sociais brasileiras, historicamente fragmentadas, descontínuas e insuficientes para o atendimento do quadro social de extrema pobreza.

Desde sua criação o Programa Bolsa família tem sido objeto de vários estudos sob diferentes enfoques, o que reafirma sua importância social e política na atual conjuntura das políticas sociais brasileiras.

O próprio Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome tem feito um esforço de constante avaliação e aprimoramento, com destaque para a transparência e fácil acesso da informação relativa ao mesmo.

As investigações, tanto do MDS quanto de outros órgãos como Universidades e Institutos de pesquisa, tem apresentado resultados interessantes em relação a vários aspectos do programa.

Pesquisa realizada pelo CEDEPLAR/UFMG (2006) com o objetivo de avaliar o impacto do programa Bolsa família sobre as famílias atendidas verificou que no que concerne à Focalização é excelente a performance do programa. Segundo os dados estatísticos da pesquisa, 71% dos recursos aplicados no programa vão para a base da distribuição de renda, as famílias 20% mais pobres do país. Esses números estão em harmonia com os dados também do Banco Mundial⁹ que avaliou em 2007 o programa como sendo de boa focalização já que 73% dos recursos atingem o quintil mais pobre da população e 94% os dois quintis mais pobres. Silva (2008), também encontrou um bom desempenho na focalização do programa, seu relato acrescenta ainda a compreensão da focalização enquanto uma medida de discriminação positiva para que grupos vulneráveis possam efetivamente alcançar a repartição das riquezas e bens socialmente construídos.

O Programa Bolsa Família tem sido considerado um marco na gestão das políticas sociais devido a maior racionalização do gasto, unificação de programas de transferência de renda, maior transparência nos processos e, na informação e avaliação permanente (UFMA, 2008; IBASE, 2008).

Filgueiras (IN: FAHEL & NEVES, 2007) descreve bem os vários mecanismos de controle que de forma inovadora tem fiscalizado, acompanhado e publicizado o desempenho do programa. Os principais atores nessas funções são o Poder Executivo através do Ministério Público, do Tribunal de Contas da União, da Controladoria Geral da União e ainda através do próprio MDS, gestor do programa, além do controle social exercido nos municípios. No mesmo sentido são os resultados encontrados por Silva (2007) e CEDEPLAR/UFMG (2006). Todos, no entanto, são unânimes em mostrar que a Instância de Controle Social dos Municípios, instância justamente que representa mais diretamente o controle popular, tem sido a mais frágil no exercício desse controle, demonstrando as dificuldades que ainda precisam ser superadas no controle social das políticas públicas. A parte quantitativa da pesquisa que integra esse estudo por

⁹ Dados disponíveis em: <http://www.worldbank.org> , consultado em 13/05/2010

exemplo, identificou que 89,7% dos titulares do benefício desconhecem a existência de instâncias de controle social em seus municípios e 68,4% desses titulares não sabem como fazer denúncias em caso de irregularidades no programa (IBASE,2008).

Há que se destacar também que o Programa foi um importante fator na diminuição da pobreza e da desigualdade no Brasil, seu principal objetivo. Em 2003 os pobres eram em torno de 43% da população brasileira, hoje são 28%. Além disso, junto com outros programas sociais, como o Benefício de Prestação Continuada, colaborou para o aquecimento da economia em municípios pobres e pequenos resultados que foram encontrados por distintas instituições e pesquisadores (IPEA, 2009; IBGE, 2009; MARQUES, 2005).

Neves & Fahel (IN: FAHEL& NEVES, 2007) fazem uma avaliação muito positiva do desempenho do programa Bolsa Família que trata especificamente do seu desenho. Os autores consideram que, para além dos expressivos recursos investidos e da cobrança social sobre o programa, o esforço do MDS em normatizar as ações dos municípios e estados e ainda a atuação conjunta com a Caixa Econômica Federal terminam forçando as Prefeituras a se adequarem a um padrão de funcionamento mais técnico e rigoroso. Essa combinação, segundo eles, garante dois elementos fundamentais para o sucesso de uma política pública, o insulamento burocrático e a inserção social. Em comparação aos já citados programas Chile Solidário e Oportunidades do México de desenho bastante centralizado, completam os autores (2007, p. 45-46):

...Ressalte-se ainda que o modelo brasileiro apresenta resultados de implementação e focalização semelhantes, se não melhores, que os do Chile e do México, porém com custo operacional bem mais baixo, pois faz uso de uma organização burocrática já existente... a melhor relação custo benefício do programa brasileiro o torna o caso mais eficiente entre os três grandes programas latino americanos.

Pesquisas sobre a perspectiva de gênero do programa demonstram que o destino prioritário da titularidade do benefício para as mulheres das famílias, mais do que se constituir em característica recorrente entre os programas de Transferência de Renda Condicionada, é de maneira geral percebido, tanto pelas beneficiárias como por gestores do programa, como legítimo e valorizado. Estudo do Ibase (2008), indica que mais de 93,6% das titularidades são de mulheres, dentre elas cerca de 26,1% não tem nenhuma escolaridade e 55% tem até o ensino fundamental completo. E ainda cerca de 30% desses lares se constituem de famílias monoparentais (IBASE, 2008).

Dessa forma, a titularidade para essas mulheres é reconhecimento de seu saber e de sua responsabilidade com a reprodução social (SUÁREZ&LIBARDONI IN: MDS, 2007). Somado a isso, esses estudos mostram ainda que recebimento do recurso através de um cartão de banco também se constitui em fator importante para a percepção de maior autonomia das beneficiárias.

Em relação ao desempenho das condicionalidades de educação (as condicionalidades de saúde serão vistas com mais detalhes posteriormente) a pesquisa de Avaliação do Impacto do Programa junto aos beneficiários realizada pelo CEDEPLAR/UFGM (2006) concluiu que o Programa Bolsa Família tem êxito em aumentar a frequência escolar porém as crianças beneficiárias tem pior desempenho que os não beneficiários. Esse dado qualitativo pode ser consequência da diminuição da evasão provocando num primeiro momento a repetência. No entanto, são informações que precisam ser mais trabalhadas ao longo do tempo para que permitam uma avaliação mais sólida da importância do programa não só para a diminuição da evasão escolar como também para busca de melhor desempenho. De qualquer forma, ainda que os dados gerais do país indiquem que 97,6% das crianças e adolescentes entre 7 e 14 estão na escola, o desafio que está posto refere-se a qualidade do serviço prestado e a inclusão desses 2,4% deste segmento, que é composto justamente pelas crianças e adolescentes em maior vulnerabilidade (UNICEF, 2009).

Assim, fica claro que todas as avaliações e pesquisas assumem que, ainda que sejam muito positivos os resultados, o programa Bolsa Família por si só não é capaz de superar a pobreza nem por fim à desigualdade social no país. Estes estudos apontam para a necessidade de crescimento econômico conjugado à justiça social para que estes problemas sejam superados.

2.3- O Debate sobre Condicionalidades

Para começarmos a tratar especificamente das questões relativas à condicionalidades de saúde é necessário demarcar o significado que a utilização dos serviços de saúde tem para essa temática nesse estudo.

Como assinalam Travassos & Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde se constitui no centro do funcionamento dos serviços de saúde. O uso dos serviços compreende

todo o contato direto ou indireto dos usuários com os serviços. A utilização dos serviços é um processo determinado pelo comportamento dos indivíduos e também pela atuação dos profissionais que direcionam a conduta a partir no interior dos serviços.

As autoras seguem mostrando que, de maneira geral, os determinantes da utilização dos serviços de saúde, são de ordem da necessidade de saúde; das características dos usuários; das características dos prestadores de serviço; da organização do sistema de saúde; da política de saúde de cada país. Verifica-se dessa forma que o uso dos serviços de saúde está diretamente condicionado por fatores das necessidades dos indivíduos, pelo contexto social, e por questões específicas dos próprios serviços.

Também importante ressaltar que os usuários tendem à avaliar os serviços de acordo com experiências prévias, o que pode ser agravado pelo fato de que nem sempre as informações sobre os serviços estão disponíveis equitativamente pela sociedade.

Justamente sobre essas questões é que se debruça esse trabalho com o objetivo de identificar, no caso da utilização dos serviços de saúde da rede básica para o cumprimento das condicionalidades, que fatores se convertem em potencialidades para uso e que outros tem sido limites importantes para a utilização desses serviços.

Em relação às condicionalidades cabe, ainda que pareça óbvio, ressaltar que a existência concreta de serviços em quantidade e qualidade suficientes é a primeira condição para o uso dos serviços.

A exigência de contrapartida é uma questão central do programa e sem dúvida é também alvo de grande polêmica. O debate neste campo gira em torno de questionamentos sobre se de fato as condicionalidades podem contribuir significativamente para o acesso de contingentes importantes da população historicamente excluídos dos serviços sociais. No entanto, à medida que o direito é condicionado podem ser ameaçados os princípios de cidadania. É fundamental também resgatar que as condicionalidades dizem respeito a discursos disciplinadores fundamentais da modernidade que são justamente a saúde e educação. Discursos valorizados tanto pelas correntes políticas da direita quanto da esquerda por o identificarem como importante garantidor de bem estar social.

Para aqueles que defendem o acesso condicionado à transferência uma das justificativas da exigência de contrapartidas é justamente a possibilidade de desenvolver capital humano capaz de garantir, no futuro, a emancipação dos grupos familiares em relação a esse tipo de programa,

evidenciando que os programas têm uma preocupação em garantir um bem estar que seja permanente.

Há também uma grande discussão teórica sobre a questão das condicionalidades. Por um lado alguns autores a defendem, como aqueles que vêm produzindo as recomendações da CEPAL sobre transferência condicionada de renda,¹⁰ por acreditarem que as condicionalidades se constituem em um incentivo para a maior participação em ações de saúde e educação assim potencializando outros direitos. Por outro, autores como Lena Lavinas, afirmam que a condicionalidade fragiliza a noção de direito na medida em que reforça a obrigação e o não cumprimento pode ser punido. Sendo assim, considera que um direito, no caso o direito à renda, não pode ter condição para ser acessado.

As condicionalidades, na visão dos idealizadores do programa, visam reforçar o direito ao acesso a serviços básicos (Ver Medida Provisória n. 132 de 20 de outubro de 2003, Portaria n. 2246/GM de 18 de outubro de 2004, Portaria interministerial n. 3789 de 17 de novembro de 2004, e Portaria Interministerial n. 2509 de 18 de novembro de 2004). Entretanto, esse condicionamento fere o princípio jurídico de que todo cidadão deve ter acesso a condições de sobrevivência dentro de padrões humanos de dignidade, embora possa se considerar que o acesso à educação e o atendimento em saúde são também direitos fundamentais garantidores da dignidade.

As condicionalidades são, portanto, contraditórias, assim sua própria existência precisa ser problematizada. Se no discurso oficial do Programa¹¹ as condicionalidades aparecem como Promoção Social no sentido de reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação que contribuiriam para que as famílias consigam romper com o ciclo de pobreza entre gerações, há um questionamento acerca da condicionalidade ao direito à renda, que o programa chama de Asssitência Direta. Os aspectos dessa questão concernem ao acesso à renda mínima X direito ao trabalho e direitos sociais X contrapartidas exigidas de beneficiários. Cabe situar que, em se tratando de Programas de Transferência Condicionada de Renda em países latinoamericanos, a vinculação e/ou reinserção laboral dos beneficiários não tem sido critério

¹⁰ Ver: Documento de Montevideo, marzo de 2006: “Protección social de Cara al Futuro: acceso, financiamiento y solidaridad”

¹¹ Ver Marco Legal do Programa: **Lei n° 10.836**, de 09 de Janeiro de 2004 (Programa Bolsa Família); **Decreto n° 5.209**, de 17 de Setembro de 2004 (Programa Bolsa Família); **Portaria n° 321**, DOU de 29 de Setembro de 2008 (Gestão de Condicionalidades).

para entrada nos programas nem condicionalidade para sua manutenção (MONNERAT et al, 2007). Isto reflete a dificuldade - na atual conjuntura de crise econômica do capitalismo mundial - desses países de garantirem o direito ao trabalho e remuneração condizentes com padrões mínimos de reprodução socialmente estabelecidos. Ao mesmo tempo em que esse reconhecimento pode se constituir em retrocesso na garantia do direito ao trabalho, ele é importante por que a sobrevivência da população empobrecida precisa ser garantida ao mesmo tempo em que se enfrente e busque soluções coletivas para a não manutenção de uma ordem social geradora de desigualdade social. Como prevê a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a assistência social é dever do Estado e deve ser garantida a quem dela necessitar, não sendo excludente ao direito ao trabalho. Ainda nessa temática, no entanto, o direito à renda condicionada é questionado na perspectiva dos Direitos Humanos. De acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Segurança Alimentar ao Programa Bolsa Família, partindo de ótica de direitos humanos, a um direito não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades. Assim, o acompanhamento de saúde e do estado nutricional das famílias, bem como a frequência escolar e acesso à educação alimentar, também são direitos que cabe, aos poderes públicos municipal, estadual e federal garantir em quantidade e qualidade adequadas. A obrigação do cumprimento das condicionalidades, nesta perspectiva, cabe a estes poderes, e não às famílias. Claro que se reconhece que as famílias têm a responsabilidade pública de garantir que seus membros, em especial crianças, gestantes, nutrízes e idosos, utilizem os serviços disponíveis para garantir uma melhor qualidade de vida. Mas entende-se que o problema está muito mais relacionado com a oferta de serviços do que com o compromisso das famílias. Sendo assim, sugere-se que as condicionalidades sejam obrigatórias para os poderes públicos, e que o governo estude formas de não punir, em hipótese alguma, os beneficiários do Programa em caso de não cumprimento das mesmas (CONSEA, 2005).

No debate acerca das condicionalidades - ainda que esse trabalho tenha como objetivo a discussão sobre os limites e possibilidades da utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários do PBF - avalio como de suma importância recuperar aspectos gerais do programa, que podem influenciar não só a implementação e gestão das condicionalidades bem como o próprio cumprimento das mesmas pelas famílias ainda que sem aprofundá-los. Isso por acreditar que uma compreensão mais ampla do programa é fundamental para a apreensão das questões relacionadas à utilização dos serviços de saúde por parte dos beneficiários do PBF. Assim, ainda

que a temática de gênero não seja o objeto desse estudo como não abordá-la quando as condicionalidades reforçam a intervenção nas famílias através das mulheres mães e crianças? Ou sem considerar que são elas preferencialmente as titulares do benefício e responsáveis pelo cumprimento das condicionalidades? De fato, a questão de gênero pode ser um dos fatores que condicionam a utilização dos serviços de saúde. As múltiplas demandas postas para as mulheres em relação à reprodução social de suas famílias, ainda que um quantitativo expressivo das mesmas esteja fora do mercado formal de trabalho (IBASE, 2008), pode dificultar que consigam cumprir e monitorar o cumprimento por parte de todos os beneficiários da família das condicionalidades impostas.

Quando não se considera a esfera da reprodução social como trabalho, se torna invisível o quão produtivo é o trabalho feminino doméstico de reprodução social que além de ter a função de socialização termina por poupar custo do capital para a reprodução da mão de obra.

Programas como o Bolsa Família, que prevê que devem ser as mulheres as responsáveis pelo recurso e impõe às mesmas uma “agenda de compromissos”, reforçam a importância do cuidado privado da esfera da família (mais especificamente das mães), para a garantia da reprodução social ao atribuir às mesmas a responsabilidade de cumprir com as condicionalidades.

Chodorow (2002) aponta que com o desenvolvimento do capitalismo essa responsabilidade feminina pelo cuidado se intensificou por que a casa deixou de ser espaço de produção e houve uma maior diferenciação entre o espaço público da produção e o privado da família, que também tendeu a ser a partir daí a ser mais nuclear. Isto também contribuiu para uma sobrecarga das mulheres com o trabalho doméstico e com os filhos, mesmo quando o capitalismo as empurrou para o trabalho fora de casa. O trabalho doméstico não representa apenas o cuidado com os afazeres da casa, mas todos os cuidados com educação e saúde dos filhos. No caso das camadas mais pobres, esses cuidados se dão em condições frequentemente precárias em relação ao acesso e aos serviços prestados. Caso específico das beneficiárias do PBF, para quem as condicionalidades podem sim se constituir numa sobrecarga a mais. Principalmente se considerarmos que entre as beneficiárias temos, um quantitativo significativo de famílias monoparentais, dado que na parte quantitativa da pesquisa do IBASE (2008) do qual esse estudo faz parte, aparece na ordem de 27,6%.

Além desses argumentos, Lavinias (2004) acrescenta que a condicionalidade impõe para uma população já em situação de precariedade contrapartidas para o acesso ao direito.

Entretanto, as condicionalidades podem se constituir em excelente oportunidade de pressão social para garantia desses direitos por parte de sujeitos e grupos normalmente excluídos desses serviços.

Outro debate se refere às condicionalidades corresponderem aos serviços básicos em saúde, o que ao mesmo tempo que reflete uma importante e justa reivindicação por uma atenção integral em saúde - já que são direitos que deviam estar consagrados e não se constituem em atribuições extras para os serviços - repassa para um programa de transferência de renda a responsabilidade dessa atenção, o que não é objetivo desse tipo de programa. Os programas de transferência de renda em geral, e o Bolsa Família em particular, tem como principais objetivos o acesso a uma renda mínima e contribuir para a melhora dos níveis de saúde da população atendida, e não garantir acesso integral à saúde¹². Dessa forma pode-se estar esperando do programa algo a que não se propõe, deixando de compreendê-lo enquanto uma ação que tem um papel específico no contexto mais amplo das políticas sociais.

Assim nos propõe Silva (2008, p. 48)

...o debate sobre condicionalidades nos programas de Transferência de Renda deve ser orientado em duas direções. De um lado, tem-se o dever do Estado, nos seus três níveis, de expandir e democratizar os serviços sociais básicos de boa qualidade, disponibilizando-os à toda população. Entendo que uma vez disponíveis esses serviços seriam usados por todos, sem imposição nem obrigatoriedade. O trabalho do estado e da sociedade, nesse aspecto, poderia voltar-se para o desenvolvimento de ações educativas, de orientação, de circulação de informações, de encaminhamento das famílias para que essas pudessem buscar ter acesso e fazer uso adequado dos serviços disponíveis. Assim concebidas as condicionalidades, ao contrário de restrições, imposições ou obrigatoriedades, significariam ampliação de direitos sociais, isto é, se situariam mais no campo da educação do que da punição...

O trecho acima indica, ao meu ver, a estratégia ideal à ser construída para reforçar os Programas de Transferência de Renda enquanto direito, que em sua implementação podem e devem contribuir para o exercício livre de todos os direitos de cidadania.

¹² Para Objetivos dos Programas de Transferência Condicionada de Renda ver: COHEN, Ernesto & FRANCO, Rollando. Transferencias con Corresponsabilidad. Una Mirada Latinoamericana. México, SEDESOL, 2006

Especificamente em relação ao desempenho das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, encontramos algumas pesquisas, não tão conclusivas em relação ao sucesso dessa estratégia.

Pesquisa realizada com os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ & Fundação José Bonifácio, 2007) mostrou que segundo os técnicos responsáveis pela gestão do Programa nos distintos municípios as maiores dificuldades em relação às condicionalidades de saúde estão diretamente imbricadas com a falta de articulação das três políticas envolvidas no programa, representadas pelas respectivamente pelas Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social e Educação. Soma-se a isso a necessária rediscussão do uso do IGD nesses municípios já que seus gestores justamente identificaram falta de recursos para a gestão das condicionalidades da saúde. Foi também demonstrado que a baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família compromete muito o acompanhamento das condicionalidades de saúde, e que essa cobertura na visão dos gestores é insuficiente para a garantia de acesso à saúde de maneira integral. Sinalizaram ainda que falta informação dos usuários a respeito dos serviços de saúde, e de forma específica em relação às condicionalidades de saúde.

Na mesma lógica dos gestores locais dos Municípios do Rio de Janeiro, o MDS vem sugerindo em sua já vasta documentação, e especificamente na Portaria 148/06, que o uso do IGD seja destinado ao fortalecimento do acompanhamento das condicionalidades e que a gestão do Programa seja articulada entre as três políticas setoriais envolvidas mais diretamente.

Sobre o desempenho das condicionalidades da saúde há ainda que se considerar que conforme a pesquisa do IBASE (2008) constatou, as contrapartidas no campo da saúde são bem menos conhecidas pelos beneficiários do que as da educação, 22,1% identificaram o acompanhamento da saúde e do estado nutricional de seus filhos como condicionalidade e, somente 18,5% apontaram a vacinação das crianças como condicionalidade de saúde. No entanto, 63,9% desses beneficiários ressaltaram que concordam com o desligamento do programa daquelas famílias que não cumprirem os compromissos. A falta de conhecimento das condicionalidades de saúde gera uma dificuldade a mais no sentido não só de proceder ao atendimento, mas de divulgar a necessidade desse acompanhamento semestral.

O Pacto proposto pelo Ministério da Saúde, Pacto Saúde 2006, através da Portaria 399/GM de 22/02/2006, determinou as prioridades para a construção e execução das políticas de saúde, e se subdivide em outros três pactos: O Pacto de Gestão do SUS, Pacto pela Defesa do

SUS e o Pacto pela Vida. Esse último definiu os compromissos prioritários entre os entes da federação, com metas pactuadas para a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes ou endemias, como a dengue e a hanseníase, e a redução das vítimas por câncer de colo de útero e da mama, tendo ainda como uma de suas diretrizes a expansão da Estratégia de Saúde da Família. Além de comprometer as gestões, a definição das metas favorece o controle social sobre o desempenho o SUS. No ano de 2007 foi estabelecida como meta do Pacto Pela Vida o crescimento do percentual de acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias do Programa Bolsa Família, conforme o quadro abaixo mostra:

Tabela 3 – Metas Pactuadas para Condicionalidades de Saúde no Pacto pela Vida

UF	Metas Pactuada em 2007	Resultado em 2008/02
ACRE	60%	48,64%
ALAGOAS	51%	56,69%
AMAPÁ	36,60%	24,29%
AMAZONAS	65%	59,47%
BAHIA	56,10%	62,59%
CEARÁ	80%	69,52%
DF	27,70%	25,49%
ESPÍRITO SANTO	58,20%	53,40%
GOIÁS	40%	53,93%
MARANHÃO	55%	59,11%
MATO GROSSO	Nao Pactuou	46,44%
MATO GROSSO DO SUL	55%	58,76%
MINAS GERAIS	Nao Pactuou	65,83%
PARÁ	Nao Pactuou	57,42%
PARAÍBA	Nao Pactuou	64,15%
PARANÁ	55%	64,03%
PERNAMBUCO	76,90%	59,24%
PIAUI	68,40%	71,03%
RIO DE JANEIRO	52,30%	35,56%
RIO GRANDE DO NORTE	80%	73,08%
RIO GRANDE DO SUL	50%	50,92%
RONDÔNIA	46,60%	48,90%
RORAIMA	43,88%	67,95%
SANTA CATARINA	65,80%	55,98%
SÃO PAULO	45,80%	43,29%
SERGIPE	67,60%	57,02%
TOCANTINS	60%	62,22%

Fonte: DATASUS/SISVAN 2008

Conforme o quadro, a estratégia de pactuar metas de crescimento para as condicionalidades do Programa Bolsa Família não apresentou resultados significativos, ainda que essas metas tenham levado em conta, conforme divulgado pelo Ministério da Saúde, fatores

como: as diferenças regionais, a capacidade instalada e o quantitativo de beneficiários. Das 27 unidades da Federação, apenas 11 alcançaram ou ultrapassaram a meta acordada com o gestor federal, 4 estados não firmaram pacto. Constatou-se que 12 estados não alcançaram o objetivo proposto, e mais da metade desses, 7 no total, tiveram uma diferença igual ou superior a 10 pontos percentuais. Cabe ressaltar, ainda, que a meta não ultrapassou os 80% para nenhum dos estados.

Se a essa análise acrescentamos que, na verdade, o cumprimento das condicionalidades se refere justamente a um tipo de atenção que deveria ser universal, percebemos a dificuldade do país como um todo de ampliar e qualificar a atenção primária. Ainda mais grave por que nem ao menos os mais vulneráveis, como são as famílias pobres e extremamente pobres beneficiárias do Programa Bolsa Família, estão alcançando esses serviços.

A pesquisa realizada pelo CEDEPLAR (2006) não apresenta resultados positivos sobre o impacto das condicionalidades de saúde do programa para os beneficiários. Sinaliza que não há significativa diferença da cobertura de vacinação entre os beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família. A cobertura de pré-natal é pouco maior apenas em relação ao grupo controle de não beneficiários que fazem parte de outros programas de transferência de renda. Fica claro que a maior facilidade de uso de serviços de saúde se verifica nos domicílios cobertos por planos de saúde privados e que um grupo significativo de beneficiários reside em locais com baixa cobertura de serviços e dificuldades para acessá-los.

Fonseca & Viana (2007) ao realizarem análise das condicionalidades de saúde dos programas latinoamericanos ressaltam que o Brasil está em condição bastante favorável por que é um dos 3 (os outros são Cuba e Costa Rica) que tem a premissa da saúde universal e por que conta com uma rede já bem mais estruturada que a maioria dos países vizinhos, principalmente a partir da expansão do PSF a partir dos anos 90. No entanto, o fato das condicionalidades se centrarem na atenção materno-infantil e a possibilidade de criação de atendimentos paralelos para acompanhamento das condicionalidades, prejudica a integralidade e a equidade da política de saúde. Nos municípios onde a cobertura da Estratégia de Saúde da Família ainda é pequena esse acompanhamento pode ficar ainda mais comprometido.

Estudo realizado sobre a implementação das condicionalidades de saúde em uma região da Cidade do Rio de Janeiro (FERREIRA, 2009) corrobora justamente essa preocupação. A autora relata que ao iniciarem o monitoramento das condicionalidades de saúde na unidade

estudada, o fluxo de usuários aumentou significativamente, o que levou a equipe a fixar apenas um turno semanal para essa atividade. Isso dificultou a possibilidade de utilização de outros serviços da unidade e obrigou os usuários a obedecerem a um horário que nem sempre é compatível com os compromissos de suas vidas. Além disso, o grande quantitativo de famílias a serem atendidas em pouco tempo gerou um atendimento precarizado, burocratizado, centrado no preenchimento de mapas para lançamento de dados no sistema. Desta forma perde-se todo o potencial desse atendimento no que se refere a garantia mais ampla de direitos.

CAP 3 Metodologia

3.1- A importância da Análise da Implementação Local - O Processo de Implementação do PBF e das Condicionalidades de Saúde nos Municípios

A importância da análise da implementação se justifica por que nesse processo se conjugam vários elementos políticos, ideológicos, institucionais, mediatizados por atores governamentais e não governamentais, num processo dinâmico que reconstrói os elementos idealizados no desenho dos programas e políticas e gera resultados imprevistos. Na implementação de um programa a administração de conflitos entre os diferentes agentes é primordial, levando-se em conta que ela demanda ações administrativas e decisões estratégicas. Os conflitos entre os diferentes níveis de governo, ou entre as diferentes políticas setoriais envolvidas, podem alterar e modificar a formulação original do programa e dificultar a pactuação de compromissos. Decorre dessa questão, a necessidade de estratégias mais horizontais de implementação, para evitar o excessivo afastamento entre formuladores e implementadores que poderia comprometer a eficácia e a coerência dos programas.

Como estratégias para a construção da pactuação em se tratando de intervenções públicas, principalmente num contexto de descentralização política e administrativa como o brasileiro, é imperioso uma forte política de incentivos e investimentos nos níveis locais de implementação. Isso não só para favorecer a adesão e compromisso das gestões locais, mas também para possibilitar sua qualificação e real condição institucional e estrutural de aderir a programas desenhados no nível central. Para Arretche (2001) muitas vezes o programa não consegue alcançar plenamente os objetivos inicialmente propostos em sua concepção devido ao conflito de interesses entre agências formuladoras e a gama diversa de agentes implementadores. Isto ocorre justamente por que os agentes da implementação em geral gozam de uma autonomia decisória significativa. Considerando que a implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família evidenciam aspectos da infraestrutura de gestão dos serviços de saúde, que são até mesmo prévios ao próprio programa, este estudo busca identificar os fatores que condicionam a utilização destes serviços pelos usuários do programa.

Nesse sentido, a análise da implementação do programa é tão importante quanto a análise de sua configuração original, uma vez que no processo de implementação local as representações, práticas e relações de poder dos atores locais (usuários, gestores e instancias de controle social), bem como suas concepções sobre o próprio programa, afetam a dinâmica local de implementação e redefinem os contornos que o programa assume no plano local. Neste processo, os pressupostos dos agentes formuladores (no caso o governo federal) são reformulados pelos atores locais, e tanto a população quanto os gestores e técnicos encontram caminhos próprios para redesenhar o programa (criam resistências a determinadas regras, encontram formas de redefini-las, etc). Portanto, a concepção dos gestores sobre o programa pode afetar de modo diferenciado o processo de implementação e por consequência, a forma como os serviços de saúde são ofertados. Quando os gestores consideram que o PBF sobrecarrega os serviços ou quando criam atendimentos paralelos para os usuários isto pode reforçar uma relação segmentada – estigmatizada destes usuários com a saúde. Ao mesmo tempo, pode indicar uma resistência em relação ao programa. No entanto, se a concepção for positiva e se considerarem, por exemplo, que o programa favorece a visibilidade das famílias mais pobres no âmbito da rede de saúde, esta poderia ser uma potencialidade na relação com os serviços, qual seja evidenciar demandas específicas e buscar uma adequação das ações.

Assim, a despeito das semelhanças, observa-se que o desenho operacional, os processos de cadastramento, seleção e monitoramento, dos programas de transferência condicionada de renda variam de acordo com as diferentes dinâmicas políticas-institucionais locais (MAGALHÃES et al., 2007). Isto pode ocorrer inclusive em relação ao mesmo programa, ainda que o desenho seja o mesmo, as enormes e históricas diferenças regionais brasileiras contribuem para que haja uma grande heterogeneidade no processo de implementação local, o que permite que sejam observados diferentes resultados e níveis de efetividade do programa (ARRETCHE, 2001).

Cabe considerar que a forma como as condicionalidades são concebidas ou implementadas pode apontar tanto para aspectos negativos do ponto de vista da garantia mais ampla do direito à saúde, quanto para aspectos positivos dependendo do ângulo de análise. Por um lado, o fato das condicionalidades referirem-se a acompanhamentos de ações tão primárias em saúde, como pré-natal, vacinação e avaliação do estado nutricional pode indicar a busca de uma universalização “por baixo”, para a população pobre, caso não venha acompanhada de

investimentos na garantia de acesso a bens e serviços de maior custo e complexidade. Por outro lado, estas mesmas condicionalidades podem estar se efetivando enquanto porta de entrada do programa na saúde para reforçar a garantia de acesso a esses mesmos serviços em todos os níveis de complexidade do sistema.

Ainda partindo da pesquisa realizada com os municípios fluminenses (Op.cit., 2007) se pode perceber que os municípios tiveram um papel mais reativo na implementação do programa. Já que o desenho inicial foi definido de forma muito centralizada. Isso sugere uma falha da gestão central de prever dificuldades e equacionar a falta de recursos de todo o tipo, com os quais os gestores locais tiveram que implementar o programa Bolsa Família. Justamente diante dessas turbulências é que mais tarde começam a ser criadas as normatizações do programa de modo geral, principalmente em relação ao monitoramento e gestão das condicionalidades de saúde, processo que tem sido permanente num esforço de qualificação do programa.

O mesmo pode-se afirmar do IGD, que também criado tardiamente, visa incentivar e possibilitar uma margem de recursos para as gestões locais do programa. Decorrente desse processo, mais recentemente foi criado o IGD estadual (através da Portaria 76¹³ de 06/03/2008), devido a consensual verificação de que os estados ficaram com um papel secundário na implementação do programa, sendo seu potencial principalmente de apoio aos municípios de pequeno e médio porte na obtenção de resultados positivos, não valorizado.

3.2- Caminhos da Pesquisa

A pesquisa da qual parte esse estudo foi apresentada à Financiadora de Estudos e Pesquisas (Finep), em novembro de 2005, pelo Centro de Referência em Segurança Alimentar e Nutricional da Rede Desenvolvimento, Ensino e Sociedade (Redes) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Tendo sido aprovada a mencionada proposta, em dezembro de 2005, Redes contratou o Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase) para desenvolver a pesquisa, que se iniciou em fevereiro de 2006.

¹³ Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pbf> consultado em 13/07/2010

Como sinalizado anteriormente o objetivo geral da pesquisa foi identificar a repercussão do programa Bolsa Família nas condições de segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas, considerando os fatores associados a esse processo. O referencial teórico do estudo, como dito, possibilitou a construção de informações sobre os processos locais de implementação do programa. Dentre os fatores estudados está a discussão acerca das Condicionalidades do Programa Bolsa Família e a relação dos Programas de Transferência de Renda com a Saúde. Isto permite que como desdobramento da pesquisa - apesar de não ser o foco principal da mesma - esse estudo se desenvolva utilizando o material qualitativo da pesquisa, análise documental e debate teórico, se proponha a apresentar considerações sobre as condições de utilização dos serviços de saúde que compõem as condicionalidades de saúde. Isto por que algumas das questões apresentadas tanto nos roteiros de entrevista semi estruturadas com gestores e representantes de instâncias de controle social, como nos grupos focais realizados com os beneficiários do Programa Bolsa Família, trazem especificamente estas temáticas, conforme podemos visualizar nos roteiros (ver roteiros de entrevista e grupos focais em anexo).

A pesquisa desenvolveu uma análise integrada de métodos qualitativos e quantitativos e seu desenho aproximou-se da chamada investigação por triangulação de métodos, na medida em que conjugou essas abordagens e considerou as percepções das pessoas envolvidas na implementação do programa, à luz de diferentes contextos, além de ter sido desenvolvida por uma equipe multidisciplinar externa ao próprio programa.(MINAYO, ASSIS & SOUZA, 2007)

A etapa qualitativa operacionalizou-se através de diferentes estudos de caso em três municípios (de pequeno, médio e grande porte) de um estado de cada uma das 5 regiões do país. Já a etapa quantitativa baseou-se em amostra domiciliar de representatividade nacional e regional.

Dessa forma esse estudo tem como principais fontes de informações os dados qualitativos oriundos da percepção de atores diretamente envolvidos com o PBF, quais sejam: os titulares do benefício, os gestores locais, os representantes das instâncias de controle social. Este material foi coletado a partir de grupos focais com beneficiários e de entrevistas semi estruturadas com gestores locais e representantes das instâncias de controle social do PBF das cidades de Belém (PA), Rio de Janeiro (RJ), Campo Grande (MS) e Curitiba (PR). A proposta inicial desse estudo incluía também a cidade de Recife (PE) representando a Região Nordeste do país. Infelizmente problemas com os dados coletados inviabilizaram a análise do programa na cidade do Recife,

restando desse estado apenas o material referente ao trabalho realizado com as cidades de médio e pequeno porte.

Sendo assim, optamos por analisar as cidades de grande porte de quatro das cinco grandes regiões do país, ressaltando que as 4 são capitais de seus respectivos estados contam com expressivo quantitativo de beneficiários do PBF.

Para a análise desses dados é fundamental apreender todo o debate teórico em torno da temática da proteção social e da formulação e implementação dos programas de transferência condicionada de renda, bem como agregar aos dados coletados a análise documental do Programa, de seu marco legal, além de indicadores e resultados de pesquisas realizadas sobre o mesmo. Para tal, a caracterização socioeconômica das quatro capitais serviu de marco para a contextualização da implementação do Programa e das condicionalidades de saúde nessas cidades. A descrição do contexto é fundamental por que contribui muito para a compreensão das falas dos atores na medida em que as situa numa dada realidade social. Além disto, contribui também para a compreensão dos indicadores alcançados pelo Programa em cada uma dessas cidades, como o quantitativo e o perfil dos beneficiários, o índice de acompanhamento das condicionalidades de saúde entre outros.

A pesquisa seguiu o protocolo de ética em pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2006. Para compor o universo pesquisado, foram eleitos cinco estados brasileiros capazes de representar as diferenças regionais. Em cada um dos estados, foram selecionados três municípios, contemplando distintos contextos socioeconômicos, culturais e políticos, totalizando 15 municípios pesquisados. Como já referido, nesse estudo vamos nos ater apenas aos de grande porte, Belém, Campo Grande, Rio de Janeiro e Curitiba. Em cada um dos municípios selecionados, foram realizados:

- um Grupo Focal com titulares do programa;
- uma entrevista semi-estruturada com o(a) gestor(a) local do Programa Bolsa Família (PBF);
- duas entrevistas semi-estruturadas com representantes das secretarias de Saúde, educação ou Assistência Social - buscou-se entrevistar um total de três gestores por município, representantes das áreas de saúde, educação e assistência social, na maior parte dos casos, o(a) gestor(a) local do programa era um(a) representante da assistência social;

- um(a) representante da sociedade civil na instância designada para realizar o controle social do PBF.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados, transcritos e complementados com notas de observação de campo, que também serviram de base material para esse estudo, e a identificação dos integrantes mantida em sigilo. Cada região contou com um supervisor ou uma supervisora regional responsável pela mobilização dos grupos focais e entrevistas com gestores e membros das instâncias de controle social.

As entrevistas, que se basearam em roteiro de questões previamente estabelecido (ver anexos), tiveram como objetivo principal levantar aspectos relacionados ao funcionamento do programa em cada uma das localidades, provendo subsídio tanto para o entendimento das informações obtidas nos grupos focais como para análise mais geral sobre o desenho operacional do programa. Foram abordados temas relacionados à gestão do programa, como cadastramento, condicionalidades, controle social, intersetorialidade, gestão compartilhada, e, ainda, às opiniões de gestores(as) sobre as repercussões do programa na segurança alimentar das famílias. Para efeitos desse estudo serão analisadas as questões relacionadas às condicionalidades de saúde.

Para tal, o conjunto de dados compõe ao todo 16 entrevistas semi estruturadas e 4 grupos focais com famílias beneficiárias, sendo 1 em cada município. Na cidade do Rio de Janeiro o grupo focal foi realizado com uma população específica: grupos de moradores(as) de favelas que contou com a participação de moradores e moradoras da Cidade de Deus, da Rocinha, do Morro Santa Marta e do Morro do Boréu.

O roteiro previamente estabelecido para os grupos focais (ver anexo) abordou as seguintes temáticas: utilização do recurso, percepções sobre mudanças a partir do PBF, perfil de consumo alimentar, mudanças na alimentação a partir do PBF, acesso aos alimentos, preferências alimentares, alimentação saudável, relações sociais de gênero, funcionamento do programa e Bolsa Família como direito.

Os grupos focais consistem numa conversa em grupos pequenos, relativamente homogêneos, sobre temas específicos previamente definidos, pressupondo que a interação entre indivíduos favorece a construção e a expressão de opiniões. Para tal, um moderador ou uma moderadora atua no sentido de conduzir o debate desde questões mais gerais até as mais específicas, estimulando a participação de todos(as) e a expressão de pontos de vista coletivos e individuais (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Além disso, o grupo focal permite uma maior

diversidade de idéias e maior profundidade na discussão na medida em que é também maior a circulação de idéias sobre a temática.

A análise do material transcrito dos grupos focais e entrevistas semi-estruturadas foi norteadada pelo diálogo entre as interpretações dos sujeitos da pesquisa sobre o programa e seus significados, suas condições de vida e de pobreza e os distintos contextos dessas falas, ou seja, a base social desses significados. Esse diálogo é fundamental para conduzir a análise para além da perspectiva lingüística interna do material, considerando que as expressões são produzidas a partir de determinadas condições que abrangem os contextos histórico, social, ideológico, a situação dos(as) interlocutores(as) e o objeto do discurso (ORLANDI, 1988).

Essa abordagem impõe tanto a interpretação das falas com base nos diferentes contextos, correlacionando os significados com condições sociais concretas dos sujeitos, quanto a construção de instrumentos que possibilitem criticar e identificar as contradições do discurso (MINAYO, 1996).

Se, o texto não é expressão precisa das idéias “puras” e “autônomas” do(a) autor(a), ele também não é expressão mecânica da estrutura política, ideológica e social, uma vez que cada ator experimenta o fato social de forma particular (PEUCHEUX, 1990). As situações de linguagem são reguladas: não se diz o que se quer em nenhuma situação, principalmente em discurso político, veiculado por pessoas públicas, ocupantes de cargos de governo, como no caso dos gestores(as) entrevistados(as) (ORLANDI, 1988). Daí a necessidade de se estabelecer as relações entre as práticas discursivas e as não-discursivas e de analisar fontes documentais com base na conjuntura socioeconômica e política do período no qual esse material foi produzido, na conjuntura institucional e no quadro teórico-conceitual, além de considerar a própria inserção política e institucional do(a) informante.

Assim, a análise dos dados qualitativos considerará os seguintes aspectos principais: contexto externo (os perfis socioeconômico e produtivo dos municípios das regiões); abordagem interna ao discurso (sociolingüística), com base nas questões teórico-conceituais que nortearam o estudo e nas dimensões de análise; o perfil das pessoas entrevistadas (atividades produtivas e de trabalho das famílias, condições de vida, local e região de moradia, aspectos étnicos e culturais, a inserção política dos gestores e gestoras).

A leitura do material transcrito dos grupos focais e entrevistas semi-estruturadas foi norteadada pela busca de compreender o significado das condicionalidades do programa tendo em

conta as condições de vida e os contextos históricos, sociais, ideológicos dessas falas. Compreendendo que, como nos ensina Ginzburg (1996, p. 27):

...da cultura do próprio tempo e da própria classe não se sai a não ser para entrar no delírio da ausência de comunicação. Assim como a língua, a cultura oferece ao indivíduo um horizonte de possibilidades latentes - uma jaula flexível e invisível dentro da qual se exercita a liberdade condicionada de cada um.

Neste sentido, o importante não é analisar apenas as informações em si que esses atores tem sobre o programa, mas como as absorvem e elaboram a partir de sua experiência e principalmente como essa sua apropriação pode indicar importantes caminhos para a implementação de políticas públicas. Entendendo apropriação como define Chartier (1990, p. 27-28):

A apropriação tal como a entendemos, tem por objetivo uma história social das interpretações, remetidas para as suas determinações fundamentais (que são sociais, institucionais, culturais) e inscritas nas práticas específicas que as produzem. Conceder deste modo atenção às condições e aos processos que, muito concretamente, determinam as operações de construção do sentido...

O objetivo é não reproduzir as falas e sim apreender o máximo possível as representações e concepções desses atores. Essas pessoas à quem são limitadas as possibilidades de vivenciar outros espaços sociais (como o espaço da produção), se veem diante do desafio de encontrar soluções sozinhos para problemas gerados socialmente, e podem contar muito pouco com a proteção estatal (BAUMAN, 2005). É fundamental não perder de vista as conseqüências objetivas e subjetivas causadas pelo enfrentamento cotidiano dessas condições. Por isso é tão importante resgatar o discurso desses atores, na tentativa de desenhar programas sociais que se aproximem mais das necessidades da população à quem se dirigem.

CAP 4. Potencialidades e Limites na Utilização dos Serviços de Saúde pelos usuários do PBF

4.1 - Caracterização dos Municípios

Como dito anteriormente, a análise das informações construídas no curso das entrevistas e grupos focais deve considerar o contexto destas falas. Neste sentido o estudo sistematizou algumas informações gerais sobre os municípios em pauta considerando a situação sócio-econômica dos mesmos, a caracterização da população, a cobertura dos serviços de saúde e especificamente das condicionalidades.

Belém¹⁴

Belém é a capital e única região metropolitana do estado do Pará, abarcando uma população estimada em 1.405.871 para 2005, em uma área de 1.065 km², é a maior região metropolitana da Amazônia.

A cidade representa o maior IDH entre as cidades do norte do país. Sua economia tem no comércio, setor de serviços em geral e no turismo suas principais atividades.

Fundada em 1616, Belém viveu momentos de grande crescimento, entre eles o período do pleno desenvolvimento da borracha, no início do século XX.

Vive novo momento de crescimento econômico provocado pela revitalização de portos, zonas industriais e crescimento do turismo.

Seu PIB em 2006 alcançou R\$ 11. 277.415. O índice de analfabetos com mais de 5 anos é 4,42% da população.

A habitação tem sido um problema na cidade, como aponta o próprio plano diretor do município, sendo que apenas 20,24% dos domicílios são atendidos pela rede de esgoto, 50,53%

¹⁴ Fontes consultadas:

<http://www.belem.pa.gov.br/planodiretor> consultado em: 20/05/2010

<http://www.ibge.gov.br/cidades> consultado em: 20/05/2010

<http://www.mlbrasil.net> consultado em: 20/05/2010

www.belem.pa.gov.br consultado em 20/05/2010

tem acesso a fossa séptica. O acesso à água é garantido para 95,56% dos domicílios e a luz elétrica para 99,38%. A coleta de lixo chega à 95,39%, mas vale ressaltar que o percentual da população vivendo em assentamentos precários ou favelas é de 35%.

No ano de 2006, época de coleta dos dados desse estudo, Belém era governada por Duciomar da Costa, do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que posteriormente em 2008, se reelegeu para o período 2009- 2012.

É alto o índice de trabalhadores cuja ocupação está na denominada categoria de “autônomos” sem vínculo previdenciário, metade dos que estão trabalhando, o que caracteriza a força da economia informal. 54,83% da população tem renda de até 02 salários mínimos e apenas 10,77% tem renda acima de 05 salários mínimos. Verifica-se que embora a economia informal, seja a garantia de sustento de milhares de pessoas, essa renda é baixa e essa precariedade atinge especialmente os negros e pardos.

Campo Grande¹⁵

O município de Campo Grande, capital do Estado do Mato Grosso do Sul desde a sua criação em 1977, está situado na região Centro-Oeste do Brasil.

Campo Grande é o município de maior densidade demográfica do estado igual a 81,6 hab/km² e população estimada em 2005 de 749.768 habitantes sendo que mais de 95% da população vive em perímetro urbano. Compreende um território de 8.096,051 Km². A cidade, que foi fundada em 1872 por colonizadores mineiros, cresceu na década de 1991-2000 a taxa média de 2,72% e os índices gerais da cidade melhoraram praticamente em todas as áreas.

Atualmente a cidade tem características de uma metrópole, e é considerada como uma das cidades mais desenvolvidas da região Centro-Oeste do Brasil.

A economia está fortemente ligada ao setor de serviços embora a construção civil também tenha grande relevância. O PIB Municipal em 2006 alcançou R\$ 8.944.688,00.

Quase a totalidade dos moradores de Campo Grande tem acesso à água encanada (95,8% da população em 2000), energia elétrica (99,8% da população em 2000) e coleta de lixo urbano (95,8% da população em 2000).

¹⁵ Fontes dos dados sobre o Município:

<http://www.campograndems.net> consultado em 21/05/2010

<http://www.ibge.gov.br/cidades> consultado em: 20/05/2010

Cerca de 17,6% das residências são cobertas pela rede geral de esgoto, enquanto a coleta de lixo domiciliar é de 97,2% (IBGE/Censos Demográficos, 2000).

Em 2006 o governo municipal de Campo Grande era do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), sendo o prefeito da Cidade Nelson Trad Filho, reeleito em 2008 para o período 2009-2012.

Rio de Janeiro¹⁶

O Rio de Janeiro, capital do estado que tem o mesmo nome, é a segunda maior metrópole do país. É a cidade brasileira mais conhecida no exterior e a que mais recebe turistas internacionais do Brasil e de todo o hemisfério Sul. O Rio de Janeiro tem sido uma espécie de vitrine, positiva ou negativa do país. É um dos principais centros econômicos, culturais do Brasil. Tem o o segundo maior PIB do país estimado em cerca de 140 bilhões de reais (IBGE/2007). Suas principais atividades econômicas são: comércio, turismo, serviços, construção civil e indústria. A taxa de desemprego situa-se ao redor de 6,4% da população economicamente ativa.

O Rio de Janeiro é uma cidade de fortes contrastes econômicos e sociais, apresentando grandes disparidades entre ricos e pobres. Enquanto muitos bairros ostentam um IDH correspondente ao de países nórdicos, como por exemplo: Gávea 0.970; Leblon: 0.967; Jardim Guanabara: 0.963; Ipanema: 0.962; Barra da Tijuca: 0.959), em outros, observam-se níveis bem inferiores à média municipal, como é o caso do Complexo do Alemão (0.711) ou da Rocinha (0.732), favela onde residem alguns dos participantes do grupo focal realizado na cidade.

Embora classificada como uma das principais metrópoles mundiais, uma porção significativa dos 6,1 milhões de habitantes vive em condições de pobreza. A cidade tem cerca de 700 favelas, aglomerados urbanos comumente erguidos sobre morros, devido a topografia da cidade, onde as condições de moradia, saneamento, saúde, educação e segurança são extremamente precárias. As favelas cariocas concentram hoje cerca de 19% da população. Um aspecto original das favelas do Rio é a proximidade aos distritos mais valorizados da cidade, simbolizando a forte desigualdade social, característica do Brasil. Alguns bairros de luxo, como

¹⁶ <http://www.ibge.gov.br/cidades> consultado em: 20/05/2010
www.rio.rj.gov.br consultado em 20/05/2010
<http://www.iets.org.br> consultado em 05/06/2010

São Conrado, onde se localiza a favela da Rocinha, encontram-se "espremidos" entre a praia e os morros.

Ainda que um contingente significativo da população vive nas favelas em condições bastante mais precárias de vida, o acesso a serviços básicos tem se universalizado como podemos verificar já que encontramos uma cobertura de luz elétrica de 99% dos domicílios, 95,33% também com acesso a rede de esgoto e água encanada e ainda 98,7% de domicílios com coleta regular de lixo.

A gestão municipal da Cidade do Rio de Janeiro, se caracteriza pela longa permanência do Prefeito César Maia do Democratas - Antigo Partido da Frente Liberal (PFL). Em 2006 o mesmo estava já em seu terceiro mandato, sendo os dois últimos consecutivos, sem contar que entre esses mandatos elegeu seu sucessor.

Curitiba¹⁷

Curitiba capital do estado do Paraná é a sétima cidade mais populosa do Brasil e a maior do sul do país, com uma população de 1.851.215 habitantes. Cidade de origem bandeirante manteve ritmo de crescimento urbano fortalecido pela chegada de uma grande quantidade de imigrantes europeus ao longo do século XIX. A cidade experimentou diversos planos urbanísticos e legislações que visavam conter seu crescimento descontrolado e que a tornaram famosa internacionalmente pelas suas inovações urbanísticas e o cuidado com o meio ambiente, sendo a maior delas no transporte público. Hoje, a cidade é considerada a capital com melhor qualidade de vida do Brasil, com um pólo industrial diversificado que lhe dá o posto de quinta maior economia do país, a maior do estado do Paraná, e ainda uma das cinco melhores cidades para se investir na América Latina.

Curitiba também tem altos índices de educação. Tem o menor índice de analfabetismo e a melhor qualidade na educação básica entre as capitais, alcançando uma taxa de alfabetização de 96,63% .

Espalhadas pela cidade e comumente integradas com os terminais de ônibus estão as Ruas da Cidadania, centros municipais que congregam secretarias e órgãos públicos municipais,

¹⁷ <http://www.ibge.gov.br/cidades> consultado em: 20/05/2010
<http://www.curitiba.pr.gov.br> : consultado em 20/05/2010
<http://pt.wikipedia.org>: consultado em 05/06/2010

estaduais e federais, pontos de comércio, serviços gratuitos de acesso à Internet e equipamentos de lazer, como parques infantis, quadras poliesportivas e canchas de futebol, espaços que foram recorrentemente citados no grupo focal e nas entrevistas realizadas em Curitiba de maneira muito positiva.

No entanto, como outras grandes cidades brasileiras, há um inchaço populacional e Curitiba também vem enfrentando problemas sociais, como a existência de grandes favelas em alguns bairros e no entorno do município e o expressivo crescimento do contingente de moradores de rua. O índice de pessoas vivendo em assentamentos irregulares é 8,53%

Em 2007 a cidade foi líder em longevidade entre as metrópoles brasileiras, com esperança de vida ao nascer de 71,6 anos.

A cidade apresenta ótimos índices, perfazendo um lugar de condensação de investimentos. 99,9% dos domicílios são atendidos pela rede de distribuição de energia elétrica, 99,61% pela rede de esgoto e 99,54% são atendidos pela coleta de resíduos. 98,61% contam com abastecimento de água.

Prefeito de Curitiba, no período de colheita desses dados, Beto Richa do Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB), se reelegeu para o período 2009-2012, sendo atualmente pré-candidato ao Governo do Estado.

Dados Gerais dos Municípios Estudados

Os quadros seguintes apresentam compilações de dados estatísticos dos municípios para que possamos nos aproximar um pouco mais de seus contextos específicos.

Como se pode observar já nesse primeiro quadro, todos os municípios são essencialmente urbanos, com grande concentração populacional, dados fundamentais para se pensar a gestão do Programa Bolsa Família. Em se tratando das capitais de seus respectivos estados, cidades que tendem a concentrar recursos e investimentos, é esperado que apresentem índices de desenvolvimento próximos ou pouco superiores aos alcançados por seus estados.

Tabela 4 – Dados Demográficos

Características Demográficas	Belém	Campo Grande	Rio de Janeiro	Curitiba
População residente Total	1 279 861	663 621	5 857 904	1 587 315
População Urbana	1 271 615 (99,36%)	655 914 (98,84%)	5 857 904 (100,00%)	1 587 315 (100,00%)
População Rural	3 106 (0,24%)	7 707 (1,16%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
População Masculina	607 372 (47,46%)	322 703 (48,63%)	2 748 143 (46,91%)	760 848 (47,9%)
População Feminina	672 489 (52,54%)	340 918 (51,37%)	3 109 761 (53,09%)	826 467 (52,1%)
Área (km²)	1 065,3	8 096,0	1 261,1	430,0
Densidade demográfica (hab/km²)	1 201,39	81,83	4 640,37	3 690,23

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000

Tabela 5 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

	Total		Classificação na UF	
	1991	2000	1991	2000
BRASIL	0,696	0,766	-	-
PARÀ (NORTE)	0,65	0,723	16°	15°
Belém	0,755	0,797	1°	1°
MATO GROSSO DO SUL (CENTRO OESTE)	0,716	0,778	6°	7°
Campo Grande	0,770	0,814	1°	2°
RIO DE JANEIRO (SUDESTE)	0,764	0,816	2°	2°
Rio de Janeiro	0,753	0,807	4°	5°
PARANÁ (SUL)	0,711	0,787	7°	6°
Curitiba	0,763	0,824	1°	1°

Fonte: PNUD/IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

Tal qual a realidade nacional observa-se que as capitais estudadas apresentam indicadores de desigualdade de renda que demonstram claramente grave quadro de injustiça social. Injustiça, inclusive, que coloca programas de transferência de renda no centro do debate político. Sabe-se no entanto, que o quadro de desigualdade social, não requer apenas programas de transferência de renda, mas toda uma reestruturação no sentido de uma distribuição mais equitativa da riqueza socialmente produzida.

Tabela 6 - Indicadores de Desigualdade de Renda

	Índice de Gini[1]	Índice L de Theil[2]	% da renda apropriada	
			20% mais pobres	20% mais ricos
BRASIL	0,53	0,59	2,30	62,3
PARÀ (NORTE)	0,66	0,74	1,53	68,93
Belém	0,65	0,76	1,95	69,32
MATO GROSSO DO SUL (CENTRO OESTE)	0,63	0,69	2,29	67,09
Campo Grande	0,61	0,67	2,49	65,93
RIO DE JANEIRO (SUDESTE)	0,61	0,66	2,12	65,58
Rio de Janeiro	0,62	0,69	1,96	65,48
PARANÁ (SUL)	0,61	0,65	2,38	65,09
Curitiba	0,59	0,64	2,50	63,57

Fonte: PNUD/IPEA. Atlas do Desenvolvimento Humano, 2003

Rede de Saúde

A identificação da oferta da rede municipal de ensino e saúde é importante na medida em que tais aspectos revelam as potencialidades locais no que se refere ao cumprimento das condicionalidades previstas para os beneficiários do Programa Bolsa Família. Ao mesmo tempo, que ajuda a caracterizar as principais fragilidades e avanços no desempenho institucional no campo das ações públicas.

Especificamente em relação à saúde, verifica-se uma rede de atenção primária em saúde, insuficiente pensando nos quantitativos populacionais dessas cidades. Em relação à Estratégia de Saúde da Família, verifica-se que as capitais – com triste destaque para o Rio de Janeiro - não avançaram no aumento da cobertura dessa estratégia que tem sido considerada como prioritária pelo Ministério da Saúde pelo seu potencial de organizar a rede e a oferta de serviços, bem como de melhora das condições de saúde da população, sobretudo dos grupos mais vulneráveis. Dados do Inquérito de Cobertura Vacinal de 2007 realizado pela FIOCRUZ para Capitais e Distrito Federal (RIBEIRO, 2007) mostram ainda que apesar das limitações, esses municípios, também relativamente no mesmo padrão do país como um todo, tem alcançado boa cobertura de vacinação infantil, condicionalidade do Programa Bolsa Família. Assim temos Belém com 65%, Campo Grande com 55% sendo o pior desempenho, Curitiba com 98%, e por fim o Rio de Janeiro com 75%. O Brasil como um todo chega a um patamar de 81%, ainda que possa ser considerada um boa cobertura, vale sinalizar que ainda há um contingente populacional

importante de crianças a alcançar. A existência desse grupo corrobora a necessidade urgente de investimento em cobertura de atenção básica.

Tabela 7 – Quantitativo de Serviços de Saúde

Tipo de unidade	Belém	Campo Grande	Rio de Janeiro	Curitiba
Centro de Saúde	34	32	61	58
Pronto-socorro especializado	-	-	2	1
Hospital Geral	16	8	30	11
Serviços de Apoio Diagnóstico	20	22	33	67
ESF*	23%	29%	9%	32%

Fonte;MS/DATASUS, 2003

* Dado do ano de 2009

O mesmo pode-se dizer em relação aos indicadores de mortalidade infantil e de realização de consultas de pré-natal. A mortalidade infantil está diretamente relacionada com a assistência ao pré-natal e a puericultura e ambos são serviços de responsabilidade da atenção básica, de acordo com a padronização da assistência por níveis de complexidade. Diversamente da vacinação, a assistência ao pré-natal é um serviço mais difícil de se obter, mesmo em se tratando de grandes capitais, como verificamos abaixo.

Tabela 8 -Mortalidade Infantil (até 1 ano por 1000 nascidos vivos)

	1991	2000
BRASIL	-	29,61
PARÁ	52,55	33,05
Belém	38,38	26,45
MATO GROSSO DO SUL	34,73	25,53
Campo Grande	32,64	24,44
RIO DE JANEIRO (RJ)	29,94	21,21
Rio de Janeiro	30,23	21,83
PARANÁ	38,69	20,30
Curitiba	30,17	20,92

Fonte: Atlas do desenvolvimento Humano, 2000

Tabela 9 – Acesso a Consultas de Pré-natal

Consultas de Pré-natal	Belém	Campo Grande	Rio de Janeiro	Curitiba
0	3,26%	1,09%	2,80%	0,54%
1 - 3	5,87%	5,05%	6,36%	2,20%
4 - 6	36,31%	14,81%	21,90%	10,70%
7 ou +	54,56%	79,05%	68,94%	86,56%

Ano 2006. Fonte: disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br> consultado em:20/05/2010

Depois de analisar a oferta dos serviços nos municípios estudados, verificamos seu desempenho no acompanhamento das condicionalidades, ao longo do tempo. Os números encontrados podem ser surpreendentes à primeira vista pela disparidade evidenciada entre as capitais. No entanto, expressam, como poderemos perceber em seguida através das entrevistas e grupos focais, processos distintos de implementação do programa e mais especificamente das condicionalidades de saúde mediatizados pelas possibilidades locais de organização de seus sistemas de saúde. Consequentemente encontraremos estratégias bastante distintas adotadas para o monitoramento das condicionalidades de saúde.

Tabela 10 - Cobertura das Condicionalidades de Saúde

Ano.Semestre	Belém	Campo Grande	Rio de Janeiro	Curitiba	Brasil
2006.1	8,63%	83%	24,83%	48,2%	38,28%
2006.2	1,06%	72,63%	38%	59,14%	33,425
2007.1	3,71%	94,33%	47,8%	58,38%	41,81%
2007.2	4,31%	94,62%	43,78%	60,25%	46,39%
2008.1	12,93%	91,98%	39,81%	76,82%	57,60%
2008.2	24,11%	90,67%	40,8%	72,88%	58,24%
2009.1	40,33%	65,06%	39,19%	77,75%	63,08%
2009.2	21,32%	56,84%	35%	76,35%	64,48%

Fonte: DATASUS/SISVAN consultado em 10/03/2010

4.2 - Análise dos Dados

4.2.1 Belém

A equipe responsável pelo trabalho de campo em Belém, refere em seus relatórios algumas dificuldades para realização das entrevistas e do próprio grupo focal.

A primeira delas está diretamente relacionada com a questão da confiança. Tanto gestores como representantes da instância de controle social, apresentaram certa resistência devido ao desconhecimento da Instituição (lembramos que o IBASE é uma Organização Não Governamental que tem sede no Rio de Janeiro), ao grande debate que estava sendo travado sobre o programa devido ao período de eleições nacionais, e por fim a própria questão da avaliação do trabalho desenvolvido e o impacto que a mesma poderia desencadear na relação com o MDS. Essas resistências foram agravadas, no caso dos representantes da instância de controle social, pela falta de domínio sobre a real situação do programa no Município, relatada pelos próprios entrevistados, que gera um desconforto grande em relação ao cumprimento de seus papéis.

No trabalho de campo pode-se verificar ainda que a lista de gestores não representava na prática a gestão do programa, tendo sido as entrevistas repassadas para técnicos. Por ser tratar de grande cidade, isto pode ser atribuído a uma maior profissionalização da gestão municipal.

No processo da mobilização dos beneficiários para a participação no Grupo Focal, os problemas de endereço evidenciaram parte das dificuldades do PBF nos bairros de baixa renda da cidade. Como duplicidade de numeração, endereços inexistentes, indefinição de limites geográficos entre os bairros entre outros. Evidenciando que a urbanização desordenada, principalmente nas grandes cidades, se constitui em empecilho prático para o bom funcionamento do programa sendo essa uma questão que foge da governabilidade do PBF.

Outra dificuldade encontrada pela equipe que também compromete o funcionamento do programa e se constitui em elemento externo a ele, foi a questão da violência urbana. Periferias da cidade tem acesso restrito e controlado por grupos armados, sendo necessária a anuência e contatos prévios com pessoas das comunidades para sejam permitidas as atividades na comunidade. A situação de medo vivenciada nessas comunidades, inclusive por profissionais da prefeitura na realização de seus trabalhos como relatado pelos próprios moradores, foi

identificada pela equipe responsável pelo trabalho de campo. A equipe avaliou ainda como fundamental a disponibilização do transporte para a garantia da participação dos beneficiários no grupo focal. Foram convidados 12 participantes, tendo sido realizado com 10 beneficiários.

Apesar de Belém manter uma relação mais estreita com o mundo rural, com as comunidades indígenas e quilombolas, devido às próprias características da região, o contexto encontrado pela equipe se assemelha ao de outras cidades de grande porte.

O grupo focal ocorreu com famílias de bairros urbanos considerados dos mais carentes da cidade, com precária infra-estrutura. Apenas uma das participantes estava inserida no mercado formal de trabalho. Todos os outros dependiam da economia informal.

O grupo relatou inclusive a utilização do recurso do programa para incremento de pequenas iniciativas de trabalho por conta própria, como a compra de mercadorias para revenda, acesso a telefone para facilitar o contato com serviços temporários. Relataram também maior facilidade de acesso ao crédito. Mas, verifica-se na fala dos participantes que o destino prioritário do recurso é para alimentação e educação das crianças que inclui até mesmo o pagamento de serviços de creche privados, para que os responsáveis possam trabalhar.

De modo geral, consideraram o programa uma “ajuda” importante do governo para o combate à fome e a pobreza. Algumas falas avaliam que não é direito por que não é igual para todos, nem é para todos.

Embora valorizem o programa, foram unânimes em afirmar como primordial a questão da necessidade de maiores oportunidades de profissionalização e emprego.

Diante de tantas dificuldades enfrentadas - inclusive a questão da violência nos bairros da periferia foi bastante enfatizada pelo grupo - mostraram claramente a importância dos vínculos familiares e comunitários no seu cotidiano, no enfrentamento das adversidades relativas à pobreza, escassez de recursos, doença e outras adversidades. O grupo contou com uma representação significativa de mulheres chefes de família (são avós e mães sem cônjuges) como responsáveis exclusivas na criação das crianças. As mesmas fazem referência às mesmas dificuldades cotidianas, mas sinalizaram o peso de enfrentar sozinhas essas adversidades e suas condições de vida.

Em relação aos aspectos referentes ao funcionamento do programa, ao controle social e, mais especificamente, às condicionalidades de saúde e educação a desinformação foi gritante.

Muitos dos beneficiários inclusive participaram do grupo interessados em tirar dúvidas sobre o funcionamento do programa. Suas questões giraram em torno principalmente da diferença de valores recebidos e de famílias já cadastradas mas ainda não contempladas pelo benefício.

A condicionalidade mais conhecida é a manutenção dos filhos na escola. A outra condicionalidade citada foi a manutenção da vacinação. Os beneficiários não souberam informar se e como essas condicionalidades são monitoradas. Há falas em que demonstraram certa confusão entre atualização cadastral e acompanhamento das condicionalidades. A atualização cadastral é realizada pela gestão do programa por exigência do MDS para verificação das condições sociais das famílias beneficiárias. Embora nesse processo sejam solicitadas informações acerca do cumprimento das condicionalidades, não é feito nenhum tipo de monitoramento das mesmas. O que pode ter provocado essa indistinção entre os beneficiários entre a atualização do cadastro e o acompanhamento das condicionalidades do programa.

Por exemplo:

“De ano em ano tem o cadastro assim para saber como é que estão as crianças, todinho a vacinação das crianças se eles estão estudando, todo ano tem o cadastro pra eles verem como é que está”. (participante do grupo focal)

“Eu não sei, só sei dizer que foi esse negócio eles cobraram, só que ai depois não falaram mais, mas na hora que eles vão cadastrar eles fazem todas as perguntas eu sei que eles exigem as vacinas das crianças, o peso, se a mulher for grávida tem que levar a carteirinho do pré-natal”. (participante de grupo focal)

Na fala dos beneficiários não houve nenhuma referência ao comparecimento às unidades de saúde para monitoramento, nem relato de visitas das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para esse monitoramento, ou qualquer outra ação. Também não houve nenhuma referência a possibilidade de penalidades para as famílias em caso de descumprimento das contrapartidas da família para com o PBF. Esta situação condiz com os índices de acompanhamento das condicionalidades de saúde alcançados pelo município, como sinalizado anteriormente.

A forma como foi implementado o Programa Bolsa Família no Município de Belém foi citada pelos três gestores entrevistados como um dos grandes empecilhos para o bom desenvolvimento do programa na cidade. Aparecem em suas falas a queixa da não adequação do

desenho do programa as condições de infra-estrutura da cidade devido a sua idealização centralizada. A falta de pessoal e a falta de capacitação foram citadas como justificativas importantes para o pífio desempenho do programa na cidade, além de questões básicas como falta de computadores, de salas, de acesso à internet, entre outras. Ficou claro que a gestão entre as secretarias não é compartilhada, e que também não há atividades de parceria entre as mesmas para a promoção do acompanhamento das condicionalidades.

Outra crítica ao desenho do programa, em relação à sua incompatibilidade com as condições da gestão municipal já sinalizadas, é referida pela representante da assistência social na gestão do programa, no tocante a prazos e documentações exigidas:

“...o que eu acho que o programa poderia melhorar em termos de condicionalidades, temos, o que precisa mudar a questão de prazo. Tudo a gente trabalha com prazo. Com prazo, e quando você trabalha com famílias extremamente pobres você está trabalhando com pessoas que não tem documentação suficiente para cadastramento, você está trabalhando com famílias que não tem o CEP da rua correto e que hoje o cadastro exige isso...”
(representante da assistência social)

Com exceção da gestora da assistência social – que avaliou o programa de forma bastante positiva no sentido de melhoria das condições de vida da população - as demais gestoras tanto da saúde, como da educação deixaram claro que viam o programa como assistencialista, imediatista, e que seu maior impacto era eleitoral.

O controle social inexistia na cidade, inclusive somente a partir da solicitação de entrevista é que conselheiros do Conselho Municipal da Assistência Social se deram conta que constituíam formalmente a instância de controle social do programa no município e a conselheira entrevistada solicitou reunião com os membros do conselho e da gestão do programa para se preparar minimamente para a entrevista.

A entrevista com a representante da gestão do Programa Bolsa Família na saúde esclarece mais as dificuldades do município no monitoramento das condicionalidades. Nas unidades de saúde o monitoramento ficou à cargo exclusivamente das nutricionistas, que deviam fazer a avaliação nutricional e fazer acompanhamento de crianças e gestantes. Assim fica claro que não é aberto para os usuários um atendimento integral nas unidades, mas principalmente um atendimento burocrático de preenchimento de mapas. As equipes de ESF também estariam fazendo esse acompanhamento, porém de forma um pouco mais capilarizada.

A chamada dos beneficiários para o acompanhamento das condicionalidades se dá através da mídia e também de cartazes espalhados pelas equipes de PSF. Segundo a entrevistada o comparecimento das famílias é baixo por que:

“... então voce sabe, né, que existe uma dificuldade muito grande que a pessoa pensa que vai ser avaliada, que se a criança estiver com o peso bom vai ser cortado aquele beneficio, então muitos se negam ou decidem não ir”.
(representante da secretaria de saúde)

Ainda segundo a entrevistada a outra estratégia de mobilização das famílias considerada pelos gestores (a busca ativa), não foi possível ser implementada por que o município de Belém, capital do estado, não tinha impressoras para imprimir os relatórios com os dados das famílias à serem acompanhadas para possibilitar sua busca e localização. Além disso, o município não contava com mapas de acompanhamento suficientes para os registros dos monitoramentos realizados por falta de fotocópias dos mesmos. Soma-se a isso o fato de que o lançamento das informações dos mapas de acompanhamento era centralizado na coordenação de Referência Técnica Nutricional da secretaria de saúde que enfrentava as seguintes dificuldades:

“... o problema de remessa on line por conta também dessa questão do velox que nós não temos aqui na referência, então a nossa referência tem essas carências e da própria mão-de-obra, que nós temos a nossa assistente administrativa que é pra tudo e nós teríamos que ter uma pessoa com disponibilidade só pra isso, e não teria que ser só uma teria que ser pelo menos duas que ficasse só nesse registro”.(representante da secretaria de saúde)

Ou seja, com apenas uma pessoa na coordenação para a realização desse lançamento das informações e sem acesso internet de banda larga, fica muito difícil realmente informar até mesmo os poucos monitoramentos realizados já que a operacionalização do programa na saúde foi pensada baseada fortemente em recursos tecnológicos.

Apesar da precariedade de infra-estrutura do município para o acompanhamento das condicionalidades, a representante da secretaria de saúde insistiu na responsabilização dos beneficiários pelo não cumprimento, desconsiderando, além das dificuldades apontadas por ela mesma, o custo que o acompanhamento pode representar para as condicionalidades:

“Às vezes eles alegam que não tem o dinheiro pro transporte, uma coisa assim, mas na verdade, não vão mesmo né, acham que não tenham por que ir,

realmente desse lado ai eu não sei te dizer. Eu estou relatando pra você, aquela visão global que a gente tem da população”. (representante da saúde)

Embora considerando todas as dificuldades enfrentadas no município para o monitoramento das condicionalidades do programa, tanto as gestoras, como a representante do controle social, como os beneficiários são favoráveis a existência das condicionalidades. Há falas que mostraram as condicionalidades como incentivo e outras como uma coerção necessária, mas há uma concordância geral positiva no sentido de que as condicionalidades podem ajudar a garantir melhores condições de vida para as futuras gerações. Como podemos identificar nas seguintes falas:

“...realmente tem mãe que deixa tudo de lado e esquece um pouco da vacina do filho, de levar no médico, acho que foi um alerta entendeu, não deixou de ser um empurrãozinho”. (participante do grupo focal)

“...uma das coisas que foi muito importante é o cumprimento das condicionalidades, com a implantação de condicionalidades porque quando você dá um recurso e você condiciona essa família “bom tô te ajudando aqui, tô tentando te trazer para você melhorar sua vida financeira, melhorar sua vida pessoal” até mesmo a questão de alimentação, estou tentando te estimular, mas tu também tem que fazer a sua parte de cumprir tua parte de condicionalidades teu filho na escola se ele não está na escola se ele não está, tens que te preocupar com essas situações”. (representante da assistência social)

Vale notar que a representante da secretaria de saúde mantém sua concordância com as condicionalidades apesar de afirmar que não é possível detectar impacto nas condições nutricionais das crianças beneficiárias do programa.

4.2.2 Campo Grande

Diversamente de Belém, no município de Campo Grande a realização das entrevistas semi-estruturadas e do próprio grupo focal ocorreram sem maiores dificuldades conforme relato da equipe responsável pelo trabalho de campo. Mais uma vez, no entanto, foram constatados problemas de endereço para localização dos beneficiários.

Vale ressaltar ainda que a entrevista com o representante da gestão da secretaria de saúde ocorreu na presença de uma segunda técnica da mesma secretaria que em alguns momentos participou ativamente da entrevista.

O grupo focal realizado com beneficiários do programa teve exclusivamente participantes mulheres. Dentre elas apenas uma relatou ser única responsável pela criação dos filhos. Todas valorizaram o fato da titularidade estar no nome das mulheres das famílias, relataram que isso fortalece a independência em relação aos maridos e que, sobretudo é um reconhecimento de que é a mulher quem realmente conhece as necessidades da família, principalmente das crianças.

Muitas das participantes do grupo focal, não nasceram em Campo Grande que, por ser uma cidade em crescimento e em desenvolvimento econômico, tem recebido muitas pessoas de outros estados, como as próprias participantes do grupo focal. Quando trataram sobre seu grupo de apoio, ou seja, sua rede social de ajuda mútua, como familiares, vizinhos, amigos, ficou claro que isso impacta a possibilidade de ter ou não apoio nas dificuldades cotidianas.

As participantes consideraram o programa Bolsa Família uma “ajuda” do governo para os mais pobres, no entanto consideraram, ao mesmo tempo, que é uma obrigação do governo “ajudar” os mais pobres.

Dentre os impactos positivos do programa em suas vidas citaram principalmente a segurança em relação ao recebimento do benefício, o que viabilizou maior acesso a crédito e bens de consumo duráveis, e a complementação que é possível fazer com esse recurso para investir na melhora da alimentação e na educação das crianças, itens que consomem prioritariamente o recurso recebido.

O grupo demonstrou grande preocupação com a maior qualificação profissional e oportunidade de emprego. Refletiram sobre estratégias possíveis para aumentar a inserção formal no mercado de trabalho, aproveitando-se o período de crescimento econômico experimentado por Campo Grande nos últimos anos. As participantes eram todas donas de casa, algumas realizavam trabalhos informais como venda de artesanato.

Verifica-se a partir das falas das beneficiárias uma insatisfação muito grande com os serviços de saúde do município, contrastando com a satisfação demonstrada por elas com a educação:

“Então a gente que é pobre, a gente sofre. A gente nasceu sofrendo e se não correr atrás vai morrer sofrendo também. Tanto na parte da saúde ... a educação

melhorou muito. A educação melhorou bastante, mas a saúde aqui de Campo Grande é precária, é precária mesmo. Se tiver que morrer, você morre. Ficou doente, morre, porque senão fica jogado de um canto a outro. Acho que todo mundo que está aqui com a gente sabe que a saúde em Campo Grande está debilitada, está horrível”. (participante do grupo focal)

A opinião da representante da secretaria de saúde foi no sentido justamente contrário da percepção das beneficiárias. Quando perguntada se o município tinha condições de ofertar os serviços que integram as condicionalidades de saúde a mesma disse que sim. Isto pode evidenciar tanto um desconhecimento sobre a condição em que o serviço é prestado na ponta para o usuário, como também um discurso parcializado pela condição institucional desse ator enquanto representante do governo municipal.

A entrevista com a representante da gestão da secretaria de assistência social indicou que a cidade de Campo Grande estruturou a política de assistência social em consonância com o SUAS, o que representa um avanço principalmente na qualificação do trabalho desenvolvido nessa política. Assim os gestores contam com toda a estrutura prevista no Sistema e todo o trabalho desenvolvido em relação ao programa Bolsa Família tem sido realizado por técnicos da secretaria. Cabe ressaltar que a existência dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), conforme o preconizado pelo SUAS, permite maior proximidade da população com a política de assistência social, por que os CRAS são descentralizados. A gestora ressaltou ainda que os Agentes Comunitários de Saúde tem sido grandes parceiros no trabalho com o programa, não só em relação às condicionalidades mas também na divulgação de informações e orientações aos beneficiários.

Ainda em relação à gestão, a entrevistada destacou as dificuldades que o desenho do programa gerou ao não compreender as especificidades da realidade municipal e das condições de vida da população atendida nos municípios. A falta de autonomia para a seleção das famílias tem sido uma dificuldade para o município por que devido a renda ser auto referenciada torna-se difícil garantir que somente as famílias que estão dentro do perfil estarão sendo incluídas. Algumas vezes os técnicos do município identificam famílias em situação de grande precariedade, mas não conseguem incluí-las por que já alcançaram a meta de beneficiários definida para o programa.

Tanto quanto as beneficiárias, a entrevistada demonstrou preocupação com o que ela chamou de “porta de saída” do programa. Ou seja, o momento em que essas famílias teriam condições de vida dignas sem depender de programas de transferência de renda condicionada.

Todas as entrevistas deixaram claro que o Controle Social do Programa estava inoperante, apesar de já existir formalmente comissão do Conselho Municipal da Assistência Social, já que esse foi a instância designada para ser a instância de controle social do programa no município, para acompanhar o programa. A conselheira entrevistada relatou que o programa não tem sido entendido como prioritário, então que tem se dedicado mais a outras questões, e por isso não tem recolhido junto à gestão informações e dados sobre o mesmo, nem sobre cadastro, nem condicionalidades, nem outros assuntos.

As participantes demonstraram conhecimento dos principais requisitos do programa, bem como das condicionalidades exigidas para permanência na condição de beneficiário, tendo citado a vacinação das crianças, pré-natal (ainda que não façam referência ao acompanhamento do estado nutricional), frequência escolar. No entanto, não apontaram de que forma essas condicionalidades são verificadas, nem como podem ser aplicadas penalidades em situação de descumprimento, ainda que concordando com a possibilidade das mesmas:

“Eu acho que tem que ter. Porque se não tiver o povo não vai se interessar, nem vai querer mandar os filhos pra escola. Tem criança que vai mais pra escola por causa do Bolsa Família”. (participante do grupo focal)

“... Eu não sou contra, tem que punir. Porque o futuro do seu filho amanhã vai ser através da educação”. (participante do grupo focal)

“... Tem criança agora que começou com cinco anos, né. Tem criança com cinco anos que não tá na escola. Não é falta de vaga. Vaga tem”. (participante do grupo focal)

A entrevista com a representante da gestão da secretaria de educação revelou idéias interessantes. Embora todos os atores concordem com a existência das condicionalidades, essa entrevistada viu na condicionalidade a melhor coisa do programa, por acreditar que é a única iniciativa do programa que pode contribuir para a superação da situação de vulnerabilidade dessas famílias. A entrevistada destacou ainda que a condicionalidade da educação, devido a exigência de frequência escolar, afasta as crianças da marginalidade. Em suas palavras:

“Olhando pelo prisma da questão de que a criança é obrigada a frequentar a escola, ela tem que ter essa frequência de no mínimo 85% é um ganho

significativo. Porque a partir do momento que a criança tem que estar dentro da escola, isso já a tira da rua, da marginalidade, já exclui uma série de problemas sociais”. (representante da educação)

Outro ponto levantado pela representante da secretaria de educação que encontra certo eco na fala das beneficiárias, é que a criança é a verdadeira beneficiária do programa e que, portanto com ela deve ser gasto o recurso.

Todos os atores apontaram a necessidade de políticas de geração de emprego e renda. Na visão deles, ações desse tipo são inexistentes no município.

A principal entrevistada da Secretaria de Saúde era responsável pela parte de informática e gerenciamento de dados da secretaria. Essa entrevista ao mesmo tempo em que não revelou informações sobre a forma da prestação da assistência em saúde no município, principalmente no tocante as condicionalidades, revelou uma maneira original de realizar o monitoramento das condicionalidades de saúde. A secretaria de saúde de Campo Grande optou por não convocar as famílias para o monitoramento das condicionalidades. Sua estratégia foi totalmente distinta, operacionalizada a partir de seu sistema integrado de informação. Campo Grande tem um sistema integrado que centraliza todos os dados referentes aos atendimentos em saúde em qualquer unidade de saúde municipal. O que a secretaria fez foi comparar a listagem de todos os beneficiários com perfil saúde do programa com o seu cadastro de usuários que no mesmo período receberam atendimento no município. A informação sobre todos os beneficiários com perfil saúde que foram atendidos foi transferida para o sistema de monitoramento das condicionalidades de saúde, o SISVAN.

Como esclareceu em relato:

“...todo o paciente que vai na rede é aberto um prontuário nesse sistema e todo o acompanhamento que ele realiza dentro da unidade de saúde não importando que unidade de saúde ele vá, porque como o sistema ele é central qualquer terminal tem acesso a ele e você consegue localizar esse paciente”.
(representante da saúde)

“...foi montar uma equipe de trabalho interno para que nós conseguíssemos fazer a pesquisa dentro do sistema IGER e passar essas informações para o relatório, para os relatórios e a gente colocar no site do Bolsa Família”.
(representante da saúde)

Dessa forma, os gestores entendem que as condicionalidades estão sendo cumpridas e que o objetivo do programa está sendo alcançado, como é possível verificar no trecho abaixo:

“Dentro dessas condicionalidades a gente está atendendo a gestante, fazendo o acompanhamento do pré-natal nas unidades básicas. Então, isso está sendo informado no nosso sistema que é o IGER e depois ela informa ao Sisvam, né?” (representante da saúde)

No entanto, estes gestores, não estavam discutindo nem os custos nem as dificuldades que os usuários dos serviços estão encontrando para utilizá-los. Na verdade, o que fica evidente é que a exigência das condicionalidades não alterou em nada o serviço prestado pelo município de Campo Grande, que como relataram participantes do grupo focal apresentava problemas graves:

“A vacinação, você chega em qualquer posto de saúde e é atendido na hora. Mas só que pro resto você tem que madrugar na fila de um posto pra poder estar marcando uma consulta pra criança e quando consegue. Eu fui uma vez quatro horas da manhã, cheguei no posto quatro horas da manhã. Fiquei lá até abrir o posto sete horas da manhã, mas já tinha tanta gente que parecia um azar, porque chegou a minha vez acabou a vaga de pediatria. Eu acho isso daí um descaso, um desrespeito com a população. Você tendo que levantar, três, quatro horas da manhã ou se quiser conseguir mesmo a vaga, sair da sua casa as duas horas da manhã, ficar lá igual um bichinho, um cão sem dono esperando. E além do mais, o atendimento dos funcionários públicos é péssimo. Eles tratam a gente igual animais. Eles não estão nem aí o que você passou, o que você ta passando...” (participante de grupo focal)

“Já chegou a ponto aqui em Campo Grande de gente morrer em frente ao posto de saúde. Reportagem direto. E o que é isso? é um descaso com a saúde”. (participante do grupo focal)

“Lá no meu bairro não tem posto de saúde. E quem vai lá no São Conrado não pode ser atendido”. (participante do grupo focal)

4.2.3 Rio de Janeiro

No município do Rio de Janeiro o grupo focal foi realizado especificamente com população residentes em favelas da cidade, regiões que concentram as condições de vida mais precárias e os piores indicadores sociais como verificamos anteriormente. As favelas

selecionadas foram: Boréu, Santa Marta, Rocinha e Cidade de Deus. Devido a questões de grande insegurança nessas localidades a equipe responsável pela coleta de dados realizou todo o trabalho de mobilização com os beneficiários para participação no grupo focal acompanhadas por lideranças comunitárias previamente contactadas.

Tanto quanto em outras cidades a equipe responsável pelo trabalho de campo constatou que os endereços nas periferias, no caso específico nas favelas, se constituiu em grande dificuldade para a localização das famílias, verificando que pelo endereço indicado no Cad Único dificilmente se chega às famílias. Sendo necessário recorrer à vizinhança, comércio local, associações para chegar até os beneficiários.

A equipe constatou ainda que nessas favelas tem sido criadas alternativas para recebimento de correspondência, no entanto ainda assim, a localização de beneficiários tem sido um grande desafio.

A equipe não encontrou resistência dos moradores para participar das atividades e percebeu que os beneficiários se sentiram privilegiados por terem sido selecionadas para opinarem sobre o programa.

Em relação às entrevistas com os gestores a equipe não relatou maiores dificuldades com o agendamento, o mesmo ocorrendo com a representante da instância de controle social, sendo que essa última ocorreu na presença de mais dois integrantes da instância de controle social. A entrevistada representante da secretaria de assistência social, precisou se ausentar e deixou em seu lugar uma técnica diretamente envolvida com a gestão do programa.

Como verificada nos outros municípios a gestão do programa está sob a responsabilidade da equipe técnica da prefeitura, equipe que não está diretamente envolvida no atendimento à população, mas que desenvolve papel de coordenação do trabalho realizado na ponta pelas equipes das respectivas secretarias envolvidas.

Percebe-se que nesse grupo um discurso mais politizado no sentido de reconhecimento de seus direitos de cidadania, diferentemente de outros municípios. Os termos dignidade e direito foram recorrentes para falar sobre as políticas públicas que impactam em suas vidas cotidianas.

Infelizmente as entrevistas, também no Rio de Janeiro, deixaram claro que o controle social é inexistente, apesar de estar formalmente definido como instância de controle social o Conselho Municipal de Assistência Social.

Mesmo estando presentes dois homens também titulares foi um consenso que o benefício deve estar em nome da mulher pelos mesmos motivos identificados nos outros municípios em relação ao maior conhecimento das necessidades da família e independência, foi relatado, inclusive, que esse recurso tem possibilitado enfrentamento de situações de violência doméstica vivenciadas por elas. Sinalizaram ainda que as mulheres chefes de família atravessam dificuldades ainda maiores.

Foram unânimes em destacar a importância do programa em suas vidas. Alguns dos participantes estavam desempregados e outros tem renda proveniente de trabalho informal. A segurança do recebimento do benefício do programa foi destacada nesse sentido e também em relação a maior possibilidade de crédito, ainda que se demonstre que a maior parte dos recursos é gasta com alimentação.

O grupo mostrou conhecimento do funcionamento do programa como um todo, e ainda comparando-o com outros programas anteriores ou outros tipos de iniciativa, como PETI, PRO JOVEM, Cheque Cidadão.

Verifica-se pelas falas no grupo que a maioria dos beneficiários conhecia as condicionalidades no campo da educação, e da saúde, sendo que na saúde a condicionalidade mais conhecida é a vacinação infantil. A apropriação das condicionalidades por parte dos beneficiários pode ser entendida como uma consequência da apropriação do Programa por parte das respectivas secretarias.

A representante da secretaria de saúde entrevistada considerou que houve um aumento na demanda de saúde, para ela o Programa Bolsa Família deve ser visto como uma “porta de entrada” para o sistema de saúde. Uma fragilidade identificada por ela é que as condicionalidades do Programa atraem para as unidades de saúde apenas mulheres e crianças e não os homens que tradicionalmente são os que fazem menos uso do sistema de saúde, principalmente no que diz respeito à prevenção. Ainda segundo a entrevistada, quando o governo federal realiza campanhas do Programa Bolsa Família, principalmente pela televisão, a busca às unidades de saúde é massiva.

De um modo geral os beneficiários aprovam as exigências colocadas pelas condicionalidades. Consideram as condicionalidades como obrigações dos pais, com as quais já cumpriam mesmo antes do Programa Bolsa Família, principalmente frequência escolar e

vacinação. Gestores, membros das secretarias e das instâncias de controle social também tendem a aprovar a exigência das condicionalidades.

A entrevistada representante da secretaria de educação, apesar de afirmar que no Rio de Janeiro o impacto da exigência da frequência escolar não é muito significativo por que o município já vem alcançando a universalidade na educação fundamental, mostrou-se também favorável às condicionalidades por entender o caráter nacional do programa. Apesar da grande maioria dos beneficiários afirmar que mesmo antes do Programa Bolsa Família seus filhos já frequentavam a escola, afirmam que esta exigência aumentou o número de crianças na escola.

No grupo aparece a idéia de que o Bolsa Família pode contribuir para diminuir o envolvimento com tráfico de drogas que vem cooptando muitas crianças, jovens e adolescentes para a criminalidade devido a condicionalidade da frequência escolar. Como podemos verificar nessa fala de um dos participantes do grupo focal com beneficiários:

“Então, eu entendo isso. O Bolsa Família foi feito para manter as crianças fora da rua, fora da criminalidade e os pais se conscientizarem, sabendo que todo mês tem um para eles receberem, eles vão procurar manter as crianças na escola e vacinada. Se não tivesse nada para receber ia continuar do mesmo jeito que está” (participante do grupo focal)

Assim percebemos que a condicionalidade permite ao beneficiário vislumbrar uma perspectiva de um futuro diferente, melhor do que o que tem assistido no cotidiano, perspectiva que justifica no discurso oficial do programa a existência das condicionalidades.

O fato de o Programa Bolsa Família ser visto por muitos dos entrevistados, tanto beneficiários quanto gestores, como uma “continuação” do Programa Bolsa Escola reforça o compromisso com as condicionalidades da educação, o que tem a ver também com o trabalho prévio que as secretarias de educação já realizavam no Programa Bolsa Escola. Embora o Programa Bolsa Alimentação também tivesse condicionalidades (praticamente as mesmas do Programa Bolsa Família em relação à saúde), percebe-se que há menos informação sobre as mesmas. O que é agravado pela qualidade da informação e organização dos serviços para orientar a população usuária, muitas vezes não ficando claro o que membros da família (exemplo é a necessidade de comparecimento das mulheres da família entre 10 e 45 anos para informar se há gravidez para que se possa avaliar se a condicionalidade do pré-natal está sendo cumprida).

O que se percebe através das falas dos beneficiários é que as condicionalidades exigidas pelo programa funcionam como um incentivo, mas também como uma ameaça.

Apesar de aprovada por gestores e beneficiários as condicionalidades precisam ser problematizadas no tocante a se constituírem em critério de punição como suspensão e até desligamento do programa. Como podemos verificar nessa colocação de um dos participantes do grupo focal:

“A minha idéia seria no caso, acho que foi feito o Bolsa Família para quê? Para as pessoas terem uma convicção da vida que leva lá fora e manter as crianças sempre na escola, com a carteirinha de vacina sempre atualizada. Porque lá na localidade onde eu moro mesmo tem muitas mães que precisam do Bolsa Família, mas não recebem o Bolsa Família porque não tem a criança na escola, não tem a criança vacinada corretamente. Então, acho que isso foi feito para conscientizar a pessoa para manter a criança na escola e vacinada, por isso eles criaram esse Bolsa Família”. (participante do grupo focal)

Devem ser problematizadas também as circunstâncias em que o município oferece serviços de saúde e educação, isso por questões que os próprios representantes da gestão entrevistados apontam: dificuldade de localização das famílias por questões de urbanização, mudanças freqüentes ocasionadas por violência, cobertura dos serviços de saúde básica como o ESF que na cidade do Rio até os dias de hoje, como vimos anteriormente não chega a cobrir nem 10% da população e outros, além dos problemas graves dos sistemas de informação do programa em que devem ser lançadas as informações sobre cumprimento de condicionalidades. Além de melhorar os serviços e o acesso aos mesmos há que se investir mais nas instâncias de controle social para a realização do acompanhamento. Como relatado na fala da representante da Secretaria de Saúde:

“Então a maior queixa dos profissionais envolvidos no Bolsa Família é o sistema. Além disso, a questão da concentração da população no final dos períodos de acompanhamento, isso é uma dificuldade que gera, muitas vezes gera tumulto nas unidades de saúde. E pra atender no tumulto, na confusão isso é uma dificuldade grande. Claro que o número de famílias acompanhadas ... é difícil. Mas de um modo geral as equipes envolvidas, elas se queixam muito mais disso, do programa, do tumulto gerado as vezes pela concentração em determinados períodos. E uma outra dificuldade que a gente tem é na busca ativa. Isso é uma dificuldade, por quê? A gente tem aqui no Rio situações eu acho que muito características de nossa cidade ... o endereço que a família informa. Pra você fazer uma visita numa família usuária do Bolsa Família não é fácil. A gente faz muitas, mas não é nada fácil. Os endereços são

extremamente confusos, errados, muito difíceis de localizar, em comunidades que nem sempre a gente consegue ter o acesso facilitado pelas inúmeras questões da nossa cidade”. (representante da secretaria de saúde)

A representante da secretaria de educação faz suas considerações no mesmo sentido da inadequação do programa a determinadas especificidades do município, da mesma forma que a saúde enfatizou que a maior dificuldade no monitoramento das condicionalidades é o sistema onde devem ser lançadas as informações e com prazos considerados rígidos. Relatou ainda, em consonância com os beneficiários e outros gestores, que outra dificuldade é a infreqüência ou mesmo a não localização das crianças gerada pelas situações de violência nas favelas cariocas.

Embora as falas tanto dos gestores quanto das famílias em torno das condicionalidades indiquem aspectos positivos já que contribuem para ganhos em escolaridade e saúde principalmente para as crianças, quase nunca é mencionada a existência de atividades complementares para adultos dentre as condicionalidades do programa. O que pode refletir uma sub valoração tanto por parte dos gestores quanto dos próprios beneficiários da importância do cuidado que as mulheres da família – já que as condicionalidades de saúde para adultos têm nelas o seu alvo - devem receber e não apenas prover.

No que se refere ao atendimento nos postos de saúde, os beneficiários apontaram para a existência de extensas filas, longas esperas durante a madrugada para conseguir marcar a consulta ou exame e péssima qualidade da atenção, isso pode acabar por reforçar a percepção de exclusão e de favor, já que o direito não é garantido. Conforme as falas abaixo:

“No posto lá de Botafogo agora está horrível. Tem que ir de madrugada”.
(participante do grupo focal).

“Lá você tem que acordar três e meia da manhã, ficar numa fila assim em frente ao DPO que é uma rua da Cidade de Deus. E geralmente como é no final de semana, vamos dizer assim, de domingo pra segunda, aí passa aqueles lobo lá, aí joga as coisas”. (participante do grupo focal)

“Está horrível. Isso quando a gente consegue um número. Porque às vezes fica naquela fila ali a noite toda e não consegue o número de manhã. Eu acho que eles tinham que ter respeito ao cidadão. Por exemplo, se eu chego quatro horas da manhã, vou ficar lá fora? Um posto enorme daquele com um segurança lá dentro dormindo? Ele abre o portão e deixa eu ficar sentado lá no banco esperando o posto abrir. Mas não, tem que ficar pensando lá fora”. (participante do grupo focal)

Os custos para as famílias do cumprimento das condicionalidades são diferenciados, devido à distância de residência aos serviços públicos, isolamento geográfico de algumas famílias, por problemas de transporte, precariedade das formas de acesso, dentre outros. O acesso aos serviços é desigual, o preço para freqüentar os serviços pode ser a fila, o não atendimento, a necessidade de retorno constante em função da precariedade do atendimento. Desta forma, este “custo” pago pelas famílias também varia em função do próprio tipo de serviço, o atendimento pré-natal pode ser mais custoso que a vacinação, pois o acesso a este serviço é mais facilitado através das campanhas.

Embora tenha surgido por parte da gestão a concepção de integração entre os programas, ou seja, do PBF servir de porta de oportunidade para inserção das famílias em outros programas como habitação, geração de emprego e renda, educação de adultos entre outros, a partir da identificação pelos técnicos no acompanhamento dessas necessidades, isto dificilmente se operacionaliza por causa das múltiplas atividades que o setor saúde tem que realizar. O programa de certa forma coloca uma demanda maior para os serviços de saúde.

A fala abaixo da representante da Secretaria Municipal de Saúde ilustra bem:

“O que a gente vem discutindo muito na secretaria de saúde é o acompanhamento para além das condicionalidades. Pra que a gente no atendimento a essas famílias não se perca na pesagem, na conferência na carteira de vacinação e que a gente possa estar utilizando a saúde como uma porta de entrada de acesso a outros programas da própria prefeitura ou não. Mas que visem um atendimento a demandas concretas das realidades que essas famílias vivem. Então isso é uma batalha que a gente vem travando. Mas o acompanhamento é difícil, porque é enorme, são muitas famílias. Então ... em alguns momentos a gente imagina que as pessoas estão no processo mecânico da conferência da carteira. Enfim, então a gente tem tentado desenvolver ações nesse sentido” (representante da secretaria de saúde)

O grupo focal mostra que os custos, tanto monetários como de tempo gasto pelas famílias, são altos para cumprir as condicionalidades. A análise destes custos e sua relação com o valor do benefício é importante para avaliar as condições de acesso às políticas públicas assim como a informação sobre a qualidade do atendimento, o acesso a medicamentos e exames complementares além do tempo e distância percorrida para o acesso ao centro de saúde. Claro que estes custos poderiam ser minimizados com a maior implantação da Estratégia de Saúde da Família na Cidade. Essa estratégia é apontada pela própria representante da SMS:

“O PSF também está trabalhando no acompanhamento das condicionalidades, o pessoal ajuda bastante. Em algumas áreas da cidade essa estratégia é fundamental para o acompanhamento”.(representante da secretaria de saúde)

A análise das falas dos atores envolvidos no programa, tanto beneficiários como gestores, apontou justamente para essa concepção, demonstrando que para os mesmos, de um modo geral a condicionalidade não deve ser abolida e sim garantida o seu cumprimento por meio de serviços de saúde e educação de maior qualidade.

Pode-se concluir que para esses atores o não acesso a esses serviços, ainda que precário, é muito mais ameaçador para a garantia de sua cidadania do que a condicionalidade do direito à renda. O que provavelmente pode ser explicado pelo fato de que, mesmo para aqueles usuários que consideram o Programa um direito e não uma ajuda do governo como outros, o direito a renda deveria ser garantido pelo acesso ao trabalho primordialmente. Assim, a perspectiva de filhos mais bem educados e com melhores condições de saúde que diferentemente deles possam garantir seu sustento por meio do trabalho e não por programas assistenciais, parece orientar suas avaliações positivas sobre as condicionalidades.

4.2.4 Curitiba

A realização das entrevistas e do grupo focal em Curitiba, segundo informações registradas pela equipe responsável pela coleta de dados na cidade, ocorreu sem maiores transtornos, e todos os participantes se mostraram bastante disponíveis. A entrevista com representante da educação ocorreu na presença de mais dois funcionários ligados à gestão do programa na secretaria.

Os participantes do grupo focal foram mobilizados através de contatos de lideranças comunitárias como de Agentes Comunitários de Saúde, da Pastoral da Criança e de Associações de Moradores locais.

Os participantes do grupo focal eram residentes de 2 localidades pertencentes à zona leste da cidade (Bairros Capão da Imbuia e Uberaba). Áreas representativas da heterogeneidade da

metrópole curitibana, e com indicadores de vigilância nutricional que apontam significativas prevalências de problemas nutricionais.

O grupo focal permite verificar que para esses beneficiários o programa tem sido importante para o enfrentamento das condições cotidianas de vida. Ficou claro que o recurso é preferencialmente gasto com alimentação e educação. Apareceu também, como nos outros municípios a importância da segurança desse recurso e a maior facilidade gerada para o acesso ao crédito.

O grupo de Curitiba demonstrou conhecimento sobre os critérios de inclusão e condicionalidades do programa, ainda que não estivessem claros os mecanismos de denúncia e controle que poderiam acionar.

A concordância com a titularidade feminina também esteve presente por acreditarem que é a mulher que conhece as necessidades da família.

Não houve muita clareza em relação à transferência condicionada de renda ser ou não um direito. Alguns relataram que para eles só é direito quanto é um recurso conquistado por meio de contribuição. Outros consideraram o programa uma ajuda, mas referem que é obrigação do governo ajudar.

Enfatizaram, no entanto, a importância de criação de mais oportunidade de emprego e capacitação para adolescentes, numa referência à preocupação com envolvimento com criminalidade.

Em relação às condicionalidades especificamente os beneficiários se mostraram totalmente favoráveis, reiterando que é uma obrigação das famílias, e que essas ações precisam ser garantidas, além de afirmarem facilidade para a utilização dos serviços.

Em suas palavras:

“Só receber sem dar nada em troca? Eles tem que ir para a escola...cuidar da saúde deles, claro que mesmo que não mandasse a gente que é mãe tem por obrigação”. (participante de grupo focal)

“Fácil, no meu caso é fácil, a gente já tem que fazer isso mesmo que eles não pedissem né, agora é melhor ainda”. (participante do grupo focal)

Todos conhecem as condicionalidades, em Curitiba, segundo os próprios usuários a frequência das crianças ao dentista também tem sido veiculada como condicionalidade e os

usuários mostraram satisfação com esse serviço. Além de se mostrarem muito satisfeitos com a ampliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Como podemos veificar nessas falas:

“...então o que a gente combinou: a gente entrega é...um...impresso para as famílias do Bolsa Família e coloca assim, que o acompanhamento é obrigatoriedade, que ela tem que levar as crianças no mínimo semestralmente, e que ela leve no mês de nascimento da criança mais seis meses depois, ta?” (representante da saúde)

“É muito bom o posto”. (participante do grupo focal)

“Eu também não tenho do que reclamar”. (participante do grupo focal)

“Agora com estes Agentes de Saúde que eles colocaram e que vão direto na casa da gente....A unidade de saúde atende até na gravidez, eu tô fazendo o meu pré-natal aqui”. (participante do grupo focal)

Percebe-se que a relação dos beneficiários com as Unidades de Saúde difere de todos os outros municípios. Além da avaliação positiva do serviço prestado a facilidade para utilizá-los se mostrou muito importante. E o município, tem até condições de estabelecer mais ações para essas famílias, como a atenção odontológica, não prevista inicialmente nas condicionalidades.

Um dos fatores que explica essa facilidade para a utilização se refere à forma como estão organizados os serviços públicos no município, como expôs a entrevistada representante da secretaria de educação:

“Quando tem um loteamento novo, antes que ele comece a ser a...colocado todas as casas e tudo mais a gente vai lá e coloca, a escola, a creche e o posto de saúde, né? Via de regra é assim...” (representante da educação)

Outros importantes fatores percebidos na fala dos representantes das três políticas é que a gestão e todo o trabalho desenvolvido com o Programa Bolsa Família é bastante integrado. Assim, por exemplo, a saúde também está envolvida com o cadastramento, também colabora com as visitas domiciliares para atualização cadastral, entre outras ações o que torna a população também mais informada em relação às atividades da saúde.

As dificuldades referidas pelas gestoras em relação ao Programa Bolsa Família, como nos outros municípios, giram principalmente em torno das dificuldades de localização das famílias e

do desenho centralizado do programa não dar margem a maior autonomia do município na seleção e punição das famílias.

Houve ainda uma concordância geral das gestoras e também da instância de controle social sobre a existência das condicionalidades. Apenas se ressentiam da não punição das famílias que não comparecem para cumprimento das condicionalidades de saúde, já que essas são vistas pelo programa como não localizadas. O que em seu entender dificulta a que as famílias cumpram com esse compromisso.

De modo geral também sinalizaram boas condições de infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho, o que difere das outras cidades também. A representante da instância de controle social chegou a afirmar que Curitiba é uma cidade privilegiada. Como em relação à saúde:

“Então eu acho assim que em termos de estrutura, de saúde o município está bem né, e pelo jeito vai melhorar mais ainda tá prevendo a construção de outras unidades de saúde que gera mais acesso a saúde, né?” (representante da saúde)

Ainda tratando de diferenças, verificamos que no município a instância de controle social, definido também como o Conselho Municipal de Assistência Social, realmente já estava atuando. Acompanhando as questões relativas ao cadastro, denúncias de irregularidades e condicionalidades, sempre a partir de informações fornecidas pela gestão municipal do programa.

As gestoras e a representante do controle social foram ainda coesas em afirmar a importância de se pensar também em políticas que possam contribuir para a superação da necessidade das famílias de participarem de um programa de transferência condicionada de renda, sobretudo de geração de emprego.

Especificamente em relação às condicionalidades de Saúde, verifica-se, a partir das falas das representantes da ação social e da secretaria de saúde, uma estratégia diferente dos outros municípios.

Assim como Campo Grande, Curitiba tem prontuário eletrônico implantado. A estratégia definida foi a cada vigência “marcar” os prontuários de beneficiários do programa com perfil para acompanhamento em saúde disponibilizado pelo próprio SISVAN. Como a fala abaixo esclarece:

“...então a gente pegou a lista que vinha na época da Caixa Econômica, vinha a folha de pagamento, pegamos em meio eletrônico essa lista e colocamos no nosso meio eletrônico. Isso fez com que a gente conseguisse identificar as pessoas através do prontuário eletrônico. Existe um campo né, no prontuário eletrônico, que a gente clicou ele aqui no nível central, então as unidades de saúde tem condições de saber quem são os beneficiados pelo Bolsa Família, isso a gente faz a cada semestre, ta?” (representante da saúde)

Essa marca, na verdade é uma sinalização eletrônica e a criação de mais um campo de preenchimento nesses prontuários, para que as unidades responsáveis por eles saibam que esses usuários precisam ser buscados e o campo relativo às condicionalidade preenchido. Segunda as entrevistadas nesse período Curitiba já estava acompanhando mais beneficiários do que realmente estava conseguindo informar ao SISVAN, por questões de incompatibilidade de sistemas que estavam sendo estudadas, com o objetivo de alcançar o máximo desse acompanhamento. Como podemos verificar nessa fala:

“...a Saúde municipal ela utiliza outros sistemas e não o SISVAN. Toda vez que você chega em uma Unidade de Saúde tem um prontuário você é cadastrado lá. As crianças do Bolsa, as famílias do Bolsa, são re-digitados no SISVAN, e daí a gente perde muitos dados, então eles estão negociando e acertando com o DATASUS a integração da conversação deste Sistema. A gente sabe que na hora de desenvolver isso a nossa cobertura na parte da Saúde também vai ser maior” (representante da ação social)

Considerações Finais

Os dados que aqui discutimos mostram a complexidade do desafio da implementação das condicionalidades de saúde nas grandes cidades.

Os fatores que condicionam a utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários se referem às dificuldades das próprias famílias, mas fundamentalmente a utilização dos serviços se mostrou determinada pelos problemas de funcionamento dos mesmos, que são anteriores ao próprio programa. Como por exemplo, a extensão da rede básica e, principalmente da Estratégia de Saúde da Família além das necessidades da população. De acordo com Fahel (2007) é preciso compreender desde o início que a possibilidade de uso supõe a existência de serviços disponíveis para o uso regular pela população. De tal forma que existam serviços de saúde disponíveis e acessíveis com distribuição territorial adequada.

Identificamos que justamente as cidades com pior desempenho no acompanhamento das condicionalidades de saúde, Rio de Janeiro e Belém, foram as que estabeleceram em suas unidades de saúde formas diferenciadas de atendimento aos usuários do Programa Bolsa Família com equipe direcionada especificamente para o acompanhamento dos beneficiários do PBF, agendamento paralelo, horários específicos de atendimento e estabelecimento de mutirões para acompanhamento. Quando na verdade esse acompanhamento já deveria ser rotina na rede básica e não uma atribuição a mais.

Assim, o objetivo do programa que é o acompanhamento sistemático das condições de saúde de famílias em situação de maior vulnerabilidade, foi substituído por uma ação burocrática de inserção de dados no sistema de informação por conta das exigências do governo federal. O tratamento diferenciado na verdade evidenciou problemas na organização dos serviços para absorver a demanda por serviços da atenção básica, já que as condicionalidades de saúde se referem a serviços que já deveriam ter cobertura universal.

Por outro lado, o município que mais avançou nas condicionalidades, Curitiba, foi o que mais apostou na expansão da atenção básica em geral. As dificuldades ou facilidades que os beneficiários encontram para utilizar os serviços de saúde parece que são reproduzidas no acompanhamento das condicionalidades.

O melhor desempenho no monitoramento das condicionalidades de saúde se mostrou fundamentalmente atrelado também a bons sistemas de informação municipais que realmente reportavam o trabalho desenvolvido e que tornaram a informação de fácil manuseio. Ou seja, sistemas que terminavam com a sobreposição de ações, que diminuíram o trabalho burocrático. Parece ser fundamental para a melhora das condicionalidades de saúde investir em sistemas de informação que tenham ampla comunicação, entre políticas e entre programas distintos. Esse desafio, e necessidade, foi identificado pelos próprios gestores entrevistados de todas as cidades.

A estratégia utilizada por Campo Grande que usando os prontuários eletrônicos implementados no município consegue transpor os dados de condicionalidade para o sistema SISVAN, é um dos exemplos do que o simples manuseio das informações já existentes da cidade podem contribuir para o monitoramento das condicionalidades.

Essa estratégia adotada pelo município de Campo Grande, ao mesmo tempo em que se mostrou inovadora e com bons índices de cobertura das condicionalidades, também não contribuiu para a inserção na rede das famílias que não utilizavam os serviços, na medida em que não há nenhuma ação de busca ou convocação da população para o cumprimento das condicionalidades. Os dados lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde se restringiram à população que espontaneamente já comparecia aos serviços da rede de saúde municipal para algum tipo de atendimento. Essa estratégia é muito positiva no sentido de não exigir das famílias novas idas aos serviços exclusivamente para o monitoramento das condicionalidades, não aumentando os custos para as famílias do cumprimento das contrapartidas, e também evitando a sobreposição de ações e consequente sobrecarga dos serviços e profissionais. Mas, as famílias que ainda não acessam os serviços precisam ser vistas como prioridade e estratégias de busca desse grupo são imprescindíveis para o alcance dos reais objetivos do programa.

Dos municípios estudados o único que demonstrou que a prioridade é avançar na cobertura da rede básica e que o aumento da cobertura das condicionalidades é consequência direta dessa opção política foi Curitiba, que tem adotado a estratégia de manter serviços de atenção básica junto às comunidades.

Desta forma, percebemos que a assistência à saúde de forma mais ampla e ao reforço à este direito através do Programa Bolsa Família ficam comprometidos. O argumento de que as condicionalidades poderiam reforçar direitos deve ser complexificado na medida em que as

condicionalidades tem sido mais uma ação burocrática do que uma porta de entrada para atenção em saúde de forma integral. Fonseca & Viana (2007) fazem referência à essas questões ao problematizar as condicionalidades esclarecendo que como as condicionalidades se referem à um pacote limitado de serviços para o grupo materno infantil, ainda que esse pacote de serviços seja disponibilizado de maneira adequada dificilmente poderia se constituir em porta de entrada para uma atenção integral em saúde.

Assim as potencialidades da exigência das condicionalidades, residem, no fato de que o programa evidencia esta população para os serviços de saúde. Mas se ao assistir estas famílias os serviços o fizeram, ao longo do processo de implementação do programa, de modo a reforçar as práticas de assistência estigmatizadas e burocratizadas, o processo de implementação do programa não contribuiu para efetivar o princípio ou o pressuposto que está na formulação do programa, qual seja, de que as condicionalidades podem contribuir para reforçar o direito à saúde. De forma que a falta de organização e condições estruturais da rede de atenção básica nos municípios gera condições de acompanhamento das condicionalidades que são incompatíveis com os preceitos do próprio Programa Bolsa Família e do SUS de modo geral, se constituindo dessa maneira em limites importantes para a realização dos objetivos das condicionalidades de saúde.

Portanto, parece-nos que os processos implementados de monitoramento das condicionalidades de saúde do programa nos municípios estudados são tão bons ou tão ruins quanto a atenção básica em saúde já o era. As condicionalidades do programa, ao menos a partir da perspectiva dos atores locais das cidades analisadas, não provocou melhora na oferta dos serviços, nem em qualidade nem em quantidade.

As maiores dificuldades para o acompanhamento das condicionalidades de saúde apontadas pelos gestores foram relativas ao sistema de informação do SISVAN, e também à dificuldade de localização das famílias. Mesmo em Belém e Campo Grande, capitais com resquícios da vida rural, se verificam vários problemas gerados pela ocupação desordenada das cidades. Periferias com inchaço populacional, sem infra-estrutura básica, e carente das mínimas condições de urbanização e com índices crescentes de violência tornam a simples atividade de busca e localização de beneficiários necessária para monitoramento das condicionalidades de saúde do programa um desafio imenso e complexo.

Os municípios reiteraram o problema do não comparecimento da população para o monitoramento das condicionalidades de saúde. No entanto, a fala dos gestores desconsiderou completamente os custos desse acompanhamento pelas famílias. Nas cidades estudadas, mais com exceção de Curitiba, ficou claro que esse custo não se refere à distância, ou dificuldade de transporte, mas sobretudo ao tempo gasto e a qualidade do serviço prestado, de um modo geral bastante mal avaliado pelos seus usuários. Mesmo nos municípios de grande porte onde o acesso aos serviços é maior, ainda que igualmente desigual, há um preço para frequentar os serviços. Esses custos são sinalizados pelos beneficiários participantes dos grupos focais, que ainda que estejam de acordo com a obrigatoriedade das contrapartidas, se ressentem das condições em que são atendidos nas unidades, tendo sido apontados os problemas em relação à longa espera, filas, má qualidade, não atendimento e necessidade de retorno constante em função da precariedade do atendimento.

Assim, apareceu uma tendência entre os gestores entrevistados a responsabilizar os beneficiários pelo não cumprimento das condicionalidades principalmente em Curitiba, ressaltando inclusive a importância da punição das famílias pelo não cumprimento das condicionalidades, por considerarem que a não penalidade diminui a legitimidade de sua cobrança. Essa fala, ainda que Curitiba tenha uma rede mais extensa e com cobertura de melhor qualidade, não avalia que ela não é universal, e nem equitativa. Uma possível explicação para a tendência à responsabilizar as famílias e não a gestão municipal devido à qualidade dos serviços e/ou a inexistência deles, pode ser a posição política desses atores. Enquanto representantes da gestão podem ter se sentido constrangidos a reconhecer as falhas da gestão municipal e as mazelas dos serviços de saúde que ajudam a administrar.

A principal condicionalidade de saúde referida pelas famílias entrevistadas é a manutenção do esquema de vacinação em dia. Essa exigência de modo geral é cumprida sem muita dificuldade, segundo os mesmos não há falta de vacinas e em localidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família muitas vezes são realizadas visitas domiciliares para a verificação do calendário de imunização. Por isso cabe sinalizar que o “custo” pago pelas famílias para o cumprimento das condicionalidades também varia em função do próprio tipo de serviço, o atendimento pré-natal é mais custoso que a vacinação, pois o acesso a este serviço é mais facilitado através das campanhas e do atendimento de livre demanda, como relatado pelos próprios beneficiários..

Contudo, diante desse quadro, infelizmente, os gestores se mostraram pouco propositivos. Rio de Janeiro e Belém reconheceram a necessidade de melhora da atenção, mas também identificaram o monitoramento como uma sobrecarga para os serviços de saúde. A primeira, via na possibilidade de expansão da Estratégia da Saúde da Família, a grande oportunidade para a melhora da atenção na cidade de um modo geral e especificamente em relação ao Programa. Belém, por sua vez identificou problemas graves de infra-estrutura e necessidade urgente de mais profissionais. Campo Grande sinalizou a perspectiva de começar a busca ativa de beneficiários para monitoramento.

Os beneficiários entrevistados do Rio de Janeiro são, junto com os de Campo Grande, os mais insatisfeitos com o atendimento de saúde. Expressões como péssimo, horrível, desrespeito foram muito recorrentes para tratar do atendimento em saúde, não só em relação às condicionalidades. Foi interessante constatar que, no caso do Rio de Janeiro, esses beneficiários demonstraram também uma apreensão mais complexa da noção de direito e de cidadania.

Os participantes do grupo focal de Curitiba, por outro lado, se mostraram os mais satisfeitos, relataram facilidade de acesso e qualidade dos serviços prestados.

Embora alguns gestores (notadamente Rio de Janeiro e Curitiba) tenham a concepção de integração entre os programas e políticas sociais, ou seja, do PBF servir de porta de oportunidade para inserção das famílias em outros programas, isto dificilmente se operacionaliza por causa das múltiplas atividades que o setor saúde tem que realizar. O programa de certa forma coloca uma demanda maior para os serviços de saúde. Curitiba foi a cidade que demonstrou maior integração entre as políticas de assistência social, saúde e educação, o que favorece o potencial do programa no sentido de uma atenção integral às famílias.

Por fim e talvez mais importante seja reconhecer que apesar de todos os problemas relatados pela gestão dos municípios estudados, pelas instâncias de controle social e primordialmente pelos beneficiários do Programa Bolsa Família, todos são favoráveis a existência das condicionalidades.

No debate teórico acerca das condicionalidades, conforme vimos anteriormente aparece um dilema a respeito das condicionalidades no sentido de que se podem por um lado potencializar a garantia de direitos básicos como saúde e educação, por outro lado favoreceriam uma idéia distorcida de direito que vincularia o acesso a outros direitos a um programa de transferência de renda, fragilizando a própria noção de direito. Ou seja, a frequência ao serviço

estaria vinculada ao receio da perda do programa e desta forma o próprio serviço não seria mais compreendido como um direito, mas como obrigação.

Os gestores e representantes de instâncias de controle social, de modo geral, se mostraram favoráveis à existência das condicionalidades enquanto incentivo a esses serviços, na mesma perspectiva do discurso oficial do programa.

O fundamental aqui é verificar que esse dilema acerca das condicionalidades não está posto para os beneficiários do programa. Não por que não tenham condições de problematizar a ambiguidade das condicionalidades, mas, sobretudo por que demonstraram nos grupos focais que sua noção de direito está focado no direito da criança de ter acesso aos serviços, e na obrigação dos pais de proporcioná-lo, ainda que em condições precárias.

É nesse sentido que os beneficiários ouvidos são bastante críticos em relação à qualidade do serviço prestado, sinalizando inclusive o desrespeito que essa má qualidade significa à sua condição de cidadãos e ao mesmo tempo em que defendem a existência das condicionalidades e das penalidades para o não cumprimento.

O que os beneficiários participantes dos grupos focais desejam não é a superação das condicionalidades, mas que os serviços que as compoem sejam oferecidos em quantidade e qualidade mínimas, para que eles possam cumprir com sua obrigação, qual seja, o direito dos seus filhos de utilizar esses serviços.

Essa noção de direito focada nas crianças das famílias, tem intrínseca relação com o próprio desenho do programa, que embora garanta benefício também para famílias sem crianças e adolescentes, remunera de acordo com o número de filhos sendo mantidos na educação e que no que se refere às condicionalidades da saúde foca seu esforço nesse grupo pelo acompanhamento do calendário de vacinação, do crescimento e desenvolvimento das crianças e pela atenção à mulher, mas não todas, à mulher grávida. O próprio uso do recurso focado prioritariamente nas necessidades dos filhos relatado em todos os grupos focais também exemplifica essa concepção dos beneficiários de direito da criança que deve ser obrigação dos pais e do governo de garantir.

Há, dessa forma, significativa semelhança no conteúdo das falas dos gestores e dos beneficiários participantes da pesquisa, no tocante às condicionalidades, visto que ambos os grupos tendem a caracterizá-la mais positivamente, apesar de serem atores em condições tão diferentes em relação ao Programa. Os representantes da gestão são profissionais de nível

superior, servidores públicos ocupantes de cargos em comissão. Enquanto os beneficiários são moradores de periferias que vivem em situação de pobreza e/ou extrema pobreza.

O que parece ser conclusivo é então, que as condicionalidades de saúde não estavam, nos contextos analisados, cumprindo com seu objetivo, já que ao invés de impulsionar a utilização dos serviços de saúde pela população beneficiária, o acompanhamento das condicionalidades se mostrou reflexo da atenção básica já existente em cada cidade, e não demonstrou ter se constituído em um catalizador para o aumento e a melhora do estado desses serviços.

Para superar essa situação se mostrou mais interessante parece, dessa forma, reforçar os investimentos para a expansão e qualificação da atenção básica, como um todo e da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada e organizador dessa rede, além claro da regulação e expansão dos serviços também dos outros níveis de atenção. Como nos assinala Silva (2008) com a universalização e qualificação dos serviços de saúde, a tendência é que os serviços sejam utilizados por todos. As condicionalidades poderiam ser superadas e se converter assim em ações de educação e acompanhamento em saúde e deixando o caráter punitivo e obrigatório.

Bibliografia

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo, Relações Intergovernamentais e Políticas Sociais no Brasil. Paper apresentado no 4º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política. Rio de Janeiro: PUC, 2004.

ARRETCHE, M.T.S. Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

BAUMAN, Zygmunt. Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 2005.

BERNARDES, Franco. Proteção Social na América Latina: Brasil, Chile e México. IN: Interview Series, CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA EL CRECIMIENTO INCLUSIVO-PNUD, 2009.

BRANDÃO, André Augusto. Liberalismo, Neoliberalismo e Políticas Sociais. IN: Revista Serviço Social e Sociedade nº 47. São Paulo, Ed Cortez, 2005.

BRANDÃO, André Augusto. Miséria da Periferia. Rio de Janeiro, Ed Pallas, 2004.

BRASIL, Decreto 3877 de 24 de julho de 2001.

BRASIL, Decreto 5749 de 11 de abril de 2006.

BRASIL, Lei 10.836 de 09 de janeiro de 2004.

BRASIL, Portaria MS/MDS nº 2509 de 18 de novembro de 2004.

BRASIL, Portaria MEC/MDS nº 3789 de 17 de novembro de 2004.

CEDEPLAR. Projeto de Avaliação do Impacto do Programa Bolsa Família – Relatório Analítico Final: Avaliação de Impacto. UFMG, Belo Horizonte, 2006.

CENTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PARA EL CRECIMIENTO INCLUSIVO-PNUD. Poverty in Focus n.15: Transferencias Monetarias: Lecciones de África y América Latina. PNUD, Brasilia, Mayo de 2009.

CEPAL. Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidariedad. Montevideo, 2006.

CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milênio. Santiago de Chile, 2005.

CHARTIER, Roger. A História Cultural: Entre Práticas e Representações. São Paulo, Bertrand Brasil, 1990.

CHODOROW, Nancy. Psicanálise da Maternidade: Uma crítica à Freud a partir da Mulher. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 2002.

COHEN, Ernesto & FRANCO, Rollando. Transferencias con Corresponsabilidad: Una Mirada Latinoamericana. México, SEDESOL, 2006.

COMISSÃO NACIONAL PARA DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008.

COMISSÃO PERMANENTE DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA DO CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Recomendações ao Programa Bolsa Família. CONSEA, Brasília, 2005.

ENGELS. A Classe Trabalhadora na Inglaterra. Rio de Janeiro, Boitempo, 2007.

ESS/UFRJ & Fundação Universitária José Bonifácio: Encontros de Qualificação da Gestão do Programa Bolsa Família: Proposições dos Municípios. Rio de Janeiro, Governo Estadual do Rio de Janeiro, 2007(mimeo).

FAHEL, Murilo. & Neves, Jorge Alexandre Barbosa (orgs). Gestão e Avaliação de Políticas Sociais no Brasil. Belo Horizonte, PUC-Minas, 2007.

FERREIRA, Milena Nogueira. Programas de Transferência de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde; Um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2009.

FONSECA, Ana Maria Medeiros da. & VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Direito à saúde, Atenção Básica e Transferências de Renda Condicionadas na América Latina. IN: Ciência e Saúde Coletiva, vol.12, nº 6. Rio de Janeiro, NOV/DEZ, 2007.

GINZBURG, Carlo. O queijo e os Vermes: O cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição. São Paulo, Companhia das Letras, 1987.

IAMAMOTO, Marilda. A Questão Social no Capitalismo. IN: Revista Temporalis nº3, Niterói, ABEPS, 2001.

IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas. Relatório Técnico Preliminar. IBASE, Junho de 2008

IPEA. Comunicados da Presidência, n.38: Pobreza, Desigualdades e Políticas Públicas. Brasília, Janeiro/2010.

LAVINAS, Lena. Combinando compensatório e redistributivo; o desafio das políticas sociais no Brasil. In Henriques, Ricardo (org) Desigualdade e Pobreza no Brasil. RJ, IPEA, 2000, p.527-587.

LAVINAS, Lena. Renda Mínima: Práticas e Viabilidade. Novos Estudos Cebrap, n.53, mar 1999. Pgs 65-83.

MACEDO, Myrtes de Aguiar. & BRITO, Sebastiana Rodrigues de. Transferência de Renda: Nova face de Proteção Social? Rio de Janeiro, PUC-RIO, 2004.

MAGALHÃES ET.AL. Desigualdades Sociais, Saúde e Bem – Estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. IN: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 12, nº 6. Rio de Janeiro, Abrasco, 2007.

MAGALHÃES ET. AL. Estudo da Implementação do Programa Bolsa Família no Estado do Rio de Janeiro: Relatório Final. FIOCRUZ, 2005.

MARQUES, Rosa Maria. A Importância do Programa Bolsa Família nos Municípios Brasileiros. IN:Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate nº 1. Brasília, MDS, 2005.

MENDONÇA, VASCONCELLOS& VIANA. Atenção Primária à Saúde no Brasil. IN: Cadernos de Saúde Pública, vol.24, suppl. 1. Rio de Janeiro, 2008.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1994.

MINAYO; ASSIS; SOUZA. Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005

MONNERAT ET. AL. Do Direito Incondicional à Condicionalidade do Direito. IN: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 12, nº 6. Rio de Janeiro, Abrasco, 2007

OLIVEIRA, Francisco de. Crítica à Razão Dualista /O Onitorrinco. São Paulo, Boitempo, 2003.

PEREIRA. Economia da Saúde: glossário de termos e conceitos. Lisboa, APES, 1992.

POCHMANN, Márcio. Estratégia de Desenvolvimento dos Programas de Inclusão Social. IN: POCHMANN (org). Outra Cidade é Possível: Alternativas de Inclusão Social em São Paulo. São Paulo, Cortez, 2003.

POLANYI, Karl. A Grande Transformação: as origens de nossa época. Rio de Janeiro, Elsevier, 2000 – 12º Reimpressão.

RIBEIRO, Manoel Carlos S. A. Inquérito Cobertura Vacinal Capitais e Distrito Federal. FIOCRUZ, 2007.

RIZZINI, Irene. O Século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil. Rio de Janeiro, USU, 1997.

ROCHA, Sonia. Pobreza no Brasil: Afinal, de que se trata? Rio de Janeiro, Ed FGV, 2006 - 3º Edição.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Bolsa Família: Problematizando Questões Centrais na Política de Transferência de Renda no Brasil. IN: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 12, nº 6. Rio de Janeiro, Abrasco, 2007.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Coord). O Bolsa Família no Enfrentamento à Pobreza no Maranhão e no Piauí. São Paulo, Cortez, 2008.

SILVA, YASBEK&GIOVANI. A Política Social Brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo, Cortez, 2007.

SPICKER, ALVAREZ & GORDÓN. Pobreza: Um Glossário Internacional. Buenos Aires, CLACSO, 2009.

TRAVASSOS & MARTINS. Acesso e Utilização dos Serviços de saúde. IN Cadernos de Saúde Pública, 20, Suplemento , 2. rio de Janeiro, 2004

UNICEF. Situação da Infancia e Adolescencia Brasileira: O Direito de Aprender. Brasília, UNICEF, 2009.

VAITSMAN, Jeni & SOUZA, Romulo Paes (org). Avaliação de Políticas e Programas do Ministério do Desenvolvimento Social. Volume II: Bolsa Família e Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2007.

VIANA, FAUSTO & LIMA. Política de Saúde e Equidade. IN: São Paulo em Perspectiva, vol. 17, nº 1. São Paulo, Jan/Mar de 2003.

VIANA, Ana Luiza d' Ávila. & MACHADO, Cristiani Vieira. Proteção Social em Saúde: Um Balanço dos 20 anos do SUS. IN: PHYSIS, vol.18, n.4. Rio de Janeiro, 2008.

Anexo 1

Roteiro Grupo Focal

Introdução

Cumprimentar e agradecer a presença.

Informar sobre a pesquisa – “Vocês foram convidadas a participar de uma pesquisa. Ela é um pouco diferente, não tenho um questionário no qual faço as perguntas e vocês respondem sim ou não. Este tipo de pesquisa, para a qual vocês foram convidadas, é mais um papo informal”.

“Queria informar que aqui não tem certo nem errado. Vai acontecer de estarmos falando de algum assunto, eu apontar para alguém, que tem uma opinião, que aponta para outra pessoa, e ela tem uma opinião diferente. É assim que funciona, por isso nós chamamos um grupo de discussão, pois a gente sabe que as pessoas têm opiniões diferentes sobre o mesmo assunto, e isso não significa que alguém esteja errado. Nós queremos ouvir todas as opiniões”.

Informar que está sendo gravado – “Queria dizer que é muito importante para nós a participação de vocês nesta pesquisa. Eu gostaria que todas participassem. Só queria pedir para não falarem ao mesmo tempo, para que possamos ouvir o que cada uma tem a dizer”.

“Nós estamos gravando a reunião para não precisarmos ficar anotando tudo o que vocês disserem, senão fica muito demorado e chato. Assim, posso ouvir depois, com calma, o que cada uma de vocês falou. Vocês podem dar a opinião que quiserem. Nós assumimos o compromisso que vocês não correm nenhum risco de perder o Bolsa Família pelo que disserem. Nós somos de uma organização não-governamental que não tem nenhum vínculo com o governo. A gravação é para uso exclusivo nosso. Ninguém será identificado no relatório da pesquisa. Vamos trabalhar com o conjunto das informações, e não com as opiniões individuais”.

Assunto da pesquisa – “Hoje, a conversa aqui vai ser sobre o programa Bolsa Família. Agora, é à vontade, não precisa esperar a vez. Só não pode falar mais de uma ao mesmo tempo, nem conversar com a vizinha enquanto alguém está falando.”

Apresentação da moderadora e das convidadas, uma a uma – “Vou começar me apresentando”.

(Oferecer dados pessoais que nos interessam que elas repitam: nome, idade, estado civil, composição familiar, idade dos(as) filhos(as), forma de ocupação (sua e do companheiro), há quanto tempo recebem o Bolsa Família).

Obs: Fazer “cabininhas” com papel A4, anotar o nome de cada convidada, frente e verso, e colocar na frente de cada uma.

I – Primeiras impressões sobre o Bolsa Família

O que me dizem do Bolsa Família? O que vem à cabeça de vocês quando falo em Bolsa Família. Pode ser só uma palavra, uma frase, o que vocês quiserem dizer. (Deixar falar à vontade, estimular todas a se expressarem).

Objetivo:

- quebrar o gelo;
- identificar as primeiras impressões e as relações feitas com o BF;
- levantar categorias de análise.

II – Percepção de mudanças na vida familiar em função do Bolsa Família

O Bolsa Família trouxe algum tipo de mudança na vida de vocês? Quais?

Como vocês usam o dinheiro do Bolsa Família?

Que tipo de coisas vocês não compravam/faziam e passaram a fazer depois que receberam o recurso?

III – Segurança alimentar

A) Rotina alimentar

Como é a alimentação da sua família (incluindo bebidas)?

Verificar como é:

- café da manhã;
- almoço;
- jantar;
- lanche;
- se no fim de semana também é assim (por quê?).

O que mudou na alimentação de vocês depois que passaram a receber o Bolsa Família?

Verificar:

- o que não comiam/bebiam e passaram a comer/beber (por quê?);
- alterações na quantidade de refeições;
- se a comida dura até o fim do mês, o que acaba e o que sobra.

Você e sua família comem fora de casa? Onde?

As crianças que estão na escola recebem merenda escolar? O que elas comem na escola?

Verificar:

- importância da merenda na alimentação das crianças;
- o que aconteceria se deixassem de receber.

B) Acesso aos alimentos

De onde vêm os alimentos que são consumidos?

Verificar o quê e quanto:

- plantam;
- pescam, coletam, caçam etc.;
- compram/trocam;
- recebem de assistência alimentar ou da ajuda de alguém (família, amigos).

De onde vem a água para o consumo da família?

Verificar:

- se é suficiente;
- qualidade da água.

Para área rural:

- Vocês têm roça, cultivam alguma coisa, criam animais?
- Que animais criam? O que plantam?
- O que fazem com a produção? (autoconsumo, comercialização, troca...)
- A produção é suficiente para alimentar a família? Que produtos precisam comprar/trocar?
- Onde comercializa a produção?
- Fale sobre o preço pago pela sua produção.
- Quais as dificuldades enfrentadas na produção de alimentos?
- O Bolsa Família mudou alguma coisa na produção de alimentos?

Como é feita a escolha dos alimentos que são comprados?

Verificar:

- onde compram alimentos (por quê?);
- alimentos que sempre compram (por quê?);
- quem na família influencia na decisão do que comprar (por quê?);
- que outros fatores influenciam na decisão do que vai ser comprado (por quê?);
- o que cortam quando o dinheiro acaba ou quando está pouco.

C) Preferências alimentares

O que vocês mais gostam de comer? Por quê?

D) Alimentação adequada

O que vocês acham da alimentação de suas famílias? Por que acham isso?

(Explorar categorias que aparecem espontaneamente).

Você considera a alimentação da sua família saudável? Por quê?

Explorar:

- o que é considerado alimentação saudável;
- quais são os alimentos considerados saudáveis (por quê?).

E) Escassez alimentar

Vocês já passaram por situações em que não havia comida suficiente para alimentar toda a família? Quando ocorre essa situação, o que fazem?

O que sentem quando isso acontece?

Verificar:

- estratégias alimentares;
- tipo de alimento consumido na escassez;
- rede de apoio.

IV – Mulher como receptora preferencial do benefício

O cartão Bolsa Família fica preferencialmente no nome da mulher. O que vocês acham disso?

Verificar:

- vantagens e desvantagens;
- quem administra o recurso;
- se muda alguma coisa na vida da mulher;
- se causa algum tipo de problema domiciliar;
- o que representa para o homem e para a mulher.

V – AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

Como ficam sabendo do Bolsa Família?

Como foi o processo de cadastramento no programa?

Verificar:

- local em que foi feito;
- se é simples/complicado (por quê?);
- se precisa de indicação ou só atender aos requisitos básicos.

Conhecem os critérios do Bolsa Família?

Verificar:

- o que acham deles;
- se chega realmente a quem mais precisa.

Sabem que obrigações têm para continuarem recebendo o Bolsa Família? (Condicionalidades).

Verificar:

- o que acham delas;
- se há dificuldades para cumpri-las e quais são.

No caso de dúvidas ou problemas com relação ao Bolsa Família, o que fazem?

Verificar:

- a quem recorrem;
- como é o atendimento.

Conhecem alguma forma de controle ou fiscalização do programa que esteja em andamento? Qual?

Verificar:

- o que fazem no caso de irregularidades;
- se sabem a quem denunciar.

VI – BOLSA FAMÍLIA COMO DIREITO

Na sua opinião, o Bolsa Família é um direito ou uma ajuda?

Verificar:

- o que é direito;
- o que é ajuda.

Vocês acham que é obrigação do governo garantir o Bolsa Família aos mais pobres? Por quê?

Até quando vocês acham que devem receber o Bolsa Família?

Na opinião de vocês, o que o governo deve fazer para melhorar a vida do povo?

Verificar:

- responsabilidades dos governos/responsabilidades das famílias;
- papel do Bolsa Família.

VII – CONHECIMENTO DE OUTROS PROGRAMAS SOCIAIS

Além do Bolsa Família, conhecem/acessam outros programas sociais que ajudam a melhorar a qualidade de vida da sua família?

Verificar:

- programas governamentais e não-governamentais;
- diferenças com relação ao Bolsa Família.

Anexo 2 Roteiro da Entrevista semi-estruturada Gestores(as) PBF

Gestão do programa

- Qual é a função do(a) gestor(a)?
- Quais são as principais atividades do(a) gestor(a)?
- Que órgão está gerindo o PBF? Esse órgão já fazia parte da estrutura organizacional da prefeitura? Quais foram os critérios utilizados para definir o órgão gestor?
- Quando o PBF começou a ser implementado no município?

Cadastramento

- Como é feita a divulgação do programa e a comunicação com os(as) beneficiários(as)?
- Quantas famílias, atualmente, são atendidas no município? Como esse número foi definido? Há perspectiva de ampliação? Qual é a sua opinião sobre esse número?
- Quais são os critérios e como está sendo (foi) realizado o processo de captação, seleção, cadastramento e recadastramento do PBF?
- Como avalia a atuação da prefeitura para definir quem entra no programa?
- Como avalia a vulnerabilidade das famílias para cadastro no PBF? Existem fatores para além dos requisitos estabelecidos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) que influenciam a seleção das famílias? Quais?
- Você adota alguma estratégia específica para chegar até as famílias mais vulneráveis? Quais?
- Na sua opinião, atingidas as metas de credenciamento, quais passam a ser as principais tarefas do(a) gestor(a) local?

Condicionalidades

- Como é realizado o acompanhamento para o cumprimento das condicionalidades?
- Existe algum tipo de acompanhamento das famílias no que se refere, especificamente, às contrapartidas exigidas pelo programa (mecanismos de acompanhamento da evolução das condições da família)?
- Como o município está estruturado para ofertar os serviços de saúde e educação, especificamente aqueles que se referem às condicionalidades do PBF?
- Quais são as dificuldades encontradas no acompanhamento das condicionalidades?
- Quais as principais dificuldades para os(as) beneficiários(as) cumprirem as condicionalidades?

Controle social

- Em que instância acontece o controle social do Programa Bolsa Família?
- Quais as competências dessa instância com relação ao Bolsa Família?
- Se a instância não é específica para o Bolsa Família, quais têm sido as implicações?
- No seu município, como é a atuação da instância de controle social? Comente.
- Na sua opinião, a instância de controle social tem um papel na integração entre o Bolsa Família e outros programas sociais? Que iniciativas são realizadas nesse sentido?

Intersetorialidade

- Quais secretarias atuam/participam do Programa Bolsa Família? Como se dá o diálogo entre as secretarias envolvidas em torno do programa? Como se dá o processo de tomada de decisão com relação à implementação do programa?
 - Que outros atores atuam na gestão do programa?
 - Na sua opinião, quais são parcerias estratégicas para otimizar o programa? Por quê?
- Com relação:

- à comunicação com o(a) beneficiário(a);
- ao credenciamento;
- ao cumprimento das condicionalidades;
- à articulação com outras políticas sociais;
- ao controle social.

• No seu município, aconteceram iniciativas articuladas com o Bolsa Família que fizeram avançar a conquista de direitos para os(as) beneficiários(as)?

Gestão compartilhada

- O que você acha do papel do município na gestão compartilhada? Quais as vantagens e desvantagens para o município?
- Quais são os incentivos para as administrações locais implementarem o programa?
- O que você acha do recurso ser transferido diretamente ao(à) beneficiário(a) pelo governo federal?

Segurança alimentar

- Como está a segurança alimentar no seu município? (Perceber entendimento de SAN).
- O que já está sendo feito, e o que deveria ser feito, para garantir a segurança alimentar dos(as) beneficiários(as) do Bolsa Família no seu município? Que políticas nessa área estão sendo implementadas no seu município?

Portas de saída

- Como a gestão do PBF trabalha a perspectiva do desligamento das famílias com relação ao PBF?
- Na sua opinião, que outras políticas sociais são estratégicas para que as famílias possam encontrar “portas de saída” (deixar de precisar) do programa?

Opinião

- Na sua opinião, por que o governo federal criou o Bolsa Família?
- Quais são os maiores entraves para o sucesso do programa?
- Qual é o maior mérito do programa?

Anexo 3 Roteiro de Entrevista semi-estruturada Secretarias Saúde/Educação

Atribuições

- Quais são as atribuições desta secretaria com relação ao Programa Bolsa Família?

Condicionalidades

- Quais são as condicionalidades no campo da saúde/educação acompanhadas no seu município?
- Como é feito esse acompanhamento?
- Como o município está estruturado para ofertar os serviços de saúde e educação, especificamente aqueles que se referem às condicionalidades do PBF?
- Quais as principais dificuldades enfrentadas no acompanhamento das condicionalidades?
- Quais as principais dificuldades para as(os) beneficiários(as) cumprirem as condicionalidades?

Intersetorialidade

- Como é a relação desta secretaria com a equipe gestora do Bolsa Família?
- Existem iniciativas de articulação ou ações conjuntas entre as secretarias?
- Como a secretaria vê a relação do PBF com outros programas que visam a combater a fome e a pobreza? (Perceber se o PBF ajuda na integração entre os programas).
- Que outras ações no campo da saúde/educação poderiam estar articuladas ao Bolsa Família com o objetivo de:
 - ampliar a rede de proteção social;
 - garantir a segurança alimentar das famílias;
 - abrir portas de saída.
- No seu município, aconteceram iniciativas articuladas ao Bolsa Família que fizeram avançar a conquista de direitos para os(as) beneficiários(as)?

Controle social

- Qual a instância de controle social que acompanha o programa Bolsa Família?
- Como é a atuação da instância de controle social do PBF no seu município? Comente sobre o assunto.
- Qual a participação das instâncias de controle social da saúde/educação no acompanhamento do programa?
- Quais as questões que têm sido tratadas no âmbito desses conselhos que considera de maior relevância para o campo da segurança alimentar e nutricional?

Segurança alimentar

- Como está a situação de segurança alimentar no seu município? (Perceber entendimento de SAN).
- O que já está sendo feito e o que deveria ser feito para garantir a segurança alimentar dos(as) beneficiários(as) do Bolsa Família no seu município? Que políticas você identifica nesta área na secretaria da qual você faz parte?

Opinião

- Na sua opinião, quais são os impactos do Bolsa Família na saúde/educação?
- Quais são as principais diferenças do Bolsa Família com relação aos programas de transferência de renda anteriores?
- Na sua opinião, por que o governo federal criou o Bolsa Família?
- Quais são os maiores entraves para o sucesso do programa?
- Qual é o maior mérito do programa?

Anexo 4 Entrevista semi-estruturada

Instância de controle social

Características da instância de controle social

- Qual é a instância de controle social (ICS) que acompanha o Bolsa Família?
- Qual é a composição da ICS?
- Possui regimento interno? Comente sobre seu funcionamento.
- Comente sobre a rotina de reuniões.
- Como a instância está equipada para funcionar? Comente a infra-estrutura.

Controle social do Bolsa Família

- Quais as competências desta instância com relação ao PBF?
- Como acontece o acompanhamento do PBF por parte da instância?
- Como se dá o processo de tomada de decisões relacionadas ao PBF?
- Se a instância não é específica para o PBF, quais têm sido as implicações?
- Comente sobre a relação da instância com a comunidade.

Cadastramento

- Qual é o papel da ICS no processo de cadastramento das famílias?

Condicionais

- Qual é o papel da ICS no acompanhamento das condicionais?
- Qual é o papel da ICS com relação às condições e qualidade dos serviços públicos necessários ao cumprimento das condicionais?

Irregularidades

- Qual é o papel da ICS com relação a possíveis irregularidades na gestão e no recebimento do PBF ?
- Como são averiguados os casos de irregularidades que levam ao bloqueio e cancelamento do benefício?
- Como a ICS age com relação à realização de bloqueios, desbloqueios e cancelamentos de benefícios?
- Como as informações sobre irregularidades têm chegado à ICS?

Participação social

- Do seu ponto de vista, qual deveria ser o papel das organizações da sociedade civil na gestão do PBF? (Percepção do ideal).
- Como tem sido a participação da sociedade civil no acompanhamento do programa? (Percepção do real).
- Como se dá a intervenção da sociedade civil em definições estratégicas para a gestão local do PBF?
- Quais são os principais entraves para a participação efetiva da sociedade civil no controle social do Bolsa Família?

Intersetorialidade

- Na sua opinião, como o Bolsa Família se relaciona com outros programas que visam a combater a fome e a pobreza? Ajuda na integração entre esses programas?
- A ICS exerce algum papel na integração desses programas?

Segurança alimentar

- Como está a situação de segurança alimentar e nutricional no seu município? (Perceber entendimento sobre SAN).
- Quais as questões que têm sido tratadas na ICS que considera de maior relevância para a segurança alimentar das famílias beneficiadas pelo PBF?