



***“Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade:
lições do Programa Bolsa Família”***

por

Giselle Lavinias Monnerat

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis

Rio de Janeiro, dezembro de 2009.



Esta tese, intitulada

***“Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade:
lições do Programa Bolsa Família”***

apresentada por

Giselle Lavinias Monnerat

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Luiza D’Avila Viana

Prof.^a Dr.^a Vanda Maria Ribeiro Costa

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Prof.^a Dr.^a Maria Eliana Labra

Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 11 de dezembro de 2009.

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

M748 Monnerat, Giselle Lavinias
Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade:
lições do programa bolsa família. / Giselle Lavinias Monnerat. Rio de
Janeiro: s.n., 2009.
283f., tab., graf.

Orientadora: Leis, Silvia Victoria de Gerschman de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2009

1. Programas Governamentais – organização e administração.
2. Renda . 3. Política de Saúde. 4. Ação Intersetorial.
5. Sistemas Locais de Saúde . 6. Sistema Único de Saúde.
7. Atenção Primária à Saúde. 8. Médicos de Família. 9. Estudos de
Casos. I.Título.

CDD - 22.ed. -362.12098153

Para meus amores,
Alexandre, Pedro e Nina

Agradecimentos

Agradeço à professora Dra. Sílvia Gerschman pela orientação segura e atitude pedagógica marcada pelo acolhimento, exigência e respeito em todo o processo de feitura deste trabalho.

À professora Dra. Vanda Ribeiro Costa, integrante da banca da qualificação do projeto de tese, pela leitura crítica e sugestões feitas nesta ocasião.

À professora Dra. Rosimary Gonçalves de Souza, pelos inúmeros projetos desenvolvidos em parceria, pela intensa troca profissional e amizade que perduram há mais de uma década.

À Vanessa Schottz pela parceria acadêmica e amizade cultivada até hoje.

À Rosângela Barbosa, amiga-irmã de todas as horas, pela torcida e disponibilidade durante todo o período de elaboração desta tese.

À Lúcia de Fátima Barbosa pela generosidade em me ajudar na coleta de informação sobre a saúde no município.

Aos gerentes e profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, da Secretaria Municipal de Assistência Social e da Fundação Municipal de Educação pela inestimável colaboração e disponibilidade em contribuir com a pesquisa que deu origem a esta tese. Aqui agradeço a Mônica Camarinha, Ana Lole, Angélica Duarte, Rosângela Mariano Ribeiro, Maria José Fernandes, Giselle Louredo, Maria Celeste Pinheiro Monteiro, Ana Lúcia Schilk, Maria Auxiliadora Natividade Costa e Paula Latgé.

Sou especialmente grata a Ubirajara Marques, gestor que não mediu esforços para facilitar o trabalho de campo e que enxergou nesta pesquisa possibilidade de qualificar a implementação do Programa Bolsa Família no município.

Agradeço profundamente a todos os profissionais do município de Niterói - da Saúde e da Assistência Social - que gentilmente me concederam entrevistas, sem as quais este trabalho não seria possível.

À Patrícia Nacif, Maria Clara Nascimento e demais participantes da equipe do projeto de pesquisa “Programa Bolsa Família: percepções e trajetórias de inserção de famílias beneficiárias no município de Niterói- RJ” pelas discussões e descobertas feitas coletivamente.

Ao Alexandre Cabral pela formatação do texto e organização dos dados quantitativos.

Agradeço a Faculdade de Serviço Social da UERJ, em especial ao Departamento de Política Social, o incentivo institucional recebido para realizar esta capacitação.

À ENSP- FIOCRUZ pela retaguarda institucional disponibilizada em diferentes momentos do curso de doutorado.

Um agradecimento especial aos meus pais, que me apoiaram na logística doméstica para que este trabalho fosse concluído.

Finalmente, agradeço ao meu companheiro e meus filhos, cuja paciência e compreensão foram cruciais para superar as minhas ausências do convívio familiar.

RESUMO

Neste estudo procede-se a análise do processo de implementação descentralizada das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no âmbito do SUS. Considerando que se trata de Programa recém criado e que traz novas requisições para o setor saúde, interessa identificar fatores que facilitam e também essenciais obstáculos postos a este processo. Toma-se o município de Niterói para o estudo de caso por entender que esta localidade reúne atributos favoráveis à observação local da implementação das condicionalidades da saúde visto a história de consolidação da sistema local de saúde (notadamente a atenção básica), onde se destaca a experiência do Programa Médico de Família.

O trabalho empírico realizado reporta-se na primeira dimensão à análise documental e entrevistas com gestores e profissionais executores diretos do PBF no município de Niterói- RJ, apoiando-se em demais procedimentos metodológicos entre os quais se destaca a observação participante.

Num primeiro movimento analítico abordam-se as origens dos Programas de Transferência de Renda, seu desenvolvimento histórico e tendências recentes quer no plano internacional quer em uma focalização mais estrita no caso brasileiro. Destacam-se questões afetas à associação entre assistência e trabalho e a reconfiguração do direito social traduzida no percurso mais recente que vai da incondicionalidade do direito ao direito condicional. Neste debate acentua-se a polêmica em torno desta nova geração de programas sociais – especialmente o Programa Bolsa Família – e sua relação com a trajetória da política social entre nós.

Em seguida procura-se estabelecer um quadro geral de reflexão acerca da concepção e desenho do Programa Bolsa Família pondo relevo nos seus principais eixos ordenadores e em aspectos que parecem apontar para inflexões no campo da política social. Analisam-se as características do desenho do PBF, bem como a estrutura de indução e estratégias de implementação formuladas pelo governo federal.

No itinerário perseguido busca-se elucidar o tema política social e intersectorialidade partindo dos dilemas que remontam os descaminhos da seguridade social brasileira e enfatizando-se a perspectiva inscrita hoje nas promessas de promover a articulação intersectorial a partir das condicionalidades do Programa Bolsa Família e as possíveis formas de interação com o sistema de proteção social.

Por fim, o estudo privilegia a análise da implementação local do Programa Bolsa Família procedendo-se: (i) a identificação dos significados que os gestores e profissionais da saúde atribuem ao PBF; (ii) a análise da dinâmica política, institucional e operacional da implementação das condicionalidades do PBF na saúde e (iii) ao exame do processo de implementação local da gestão intersetorial e suas imbricações com o Bolsa Família.

Os resultados da pesquisa buscam capturar os principais desafios do setor saúde para implementar as condicionalidades do PBF, indicando promessas, riscos e possibilidades, confirmando que tais desafios são inerentes não apenas ao campo da saúde, mas a gestão local que mostra dificuldade para executar um programa social intersetorial.

Com base no aprofundamento que o estudo de caso permite, as análises efetivadas sugerem um conjunto de problemas concretos relacionados à condução, coordenação e gerenciamento do Programa Bolsa Família que afetam o processo de implementação das condicionalidades da saúde.

Palavras-chave: Programas de Transferência Condicionada de Renda; Programa Bolsa Família; Política de Saúde; Intersetorialidade.

ABSTRACT

This study provides an analysis of the decentralized process of implementation of the conditionalities involved in Brazil's Family Allowance Program (PBF) within the scope of the National Health System (SUS). Considering that the program was recently created and places new demands on the health sector, it is important to identify facilitating factors and major obstacles in this process. The city of Niterói in Greater Metropolitan Rio de Janeiro is used as a case study, since the municipality presents favorable characteristics for local observation of the implementation of health conditionalities in the PBF, given the city's history of consolidation of the local health system, especially primary care, and featuring the experience with the Family Doctor Program.

The first dimension of the empirical research drew on document analysis and interviews with administrators and professionals directly involved in the Family Allowance Program in the city of Niterói, supported by other methodological procedures, especially participant observation.

The first analytical stage focused on the origins of income transfer programs, their historical development, and recent international and Brazilian trends, highlighting issues related to the association between assistance and work and the reconfiguration of social rights (recently moving from unconditional to conditional ones). This debate features the controversy surrounding the new generation of social programs – especially the Family Allowance Program – and their relationship to social policy history in Brazil.

Next, the study attempts to establish an overview of the reflection concerning the concept and design of the Family Allowance Program, emphasizing its main organizational characteristics and aspects that appear to indicate important changes in the social policy field. Characteristics in the program's design are analyzed, along with the induction structure and implementation strategies developed by the Federal government.

The discussion seeks to shed light on the issue of social policy and intersectoral collaboration, based on the dilemmas that date to historical setbacks in the Brazilian social security system and emphasizing the current perspective of promises to promote

intersectoral linkage based on the conditionalities of the Family Allowance Program and possible forms of interaction with the social protection system.

Finally, the study features an analysis of the local implementation of the Family Allowance Program with the following: (i) identification of meanings ascribed to the program by its managers and professional staff; (ii) an analysis of the political, institutional, and operational dynamics of implementing the program's health conditionalities; and (iii) examination of the local implementation of intersectoral management and its linkages to the Family Allowance Program.

The study's results seek to reflect the principal challenges for the health sector in implementing the conditionalities of the Family Allowance Program, suggesting promises, risks and possibilities, confirming that such challenges are inherent not only to the health field itself but also to the local administration, which is experiencing difficulty in executing an intersectoral social program.

Based on the in-depth approach provided by the case study, the analyses suggest a set of actual problems related to the coordination and management of the Family Allowance Program that affect the implementation of its health conditionalities.

Key words: Conditional Income Transfer Programs; Family Allowance Program; Health Policy; Intersectoral social programs.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1: Proteção Social, Programas de Transferência de Renda e Intersetorialidade	6
1.1) Programas transferência condicionada de renda: dilemas e perspectivas	6
1.1.1) O debate sobre os programas de transferência de renda no século XX até os dias atuais	8
1.2) Trajetória da política social brasileira e a introdução dos programas de transferência condicionada de renda como política de combate à fome e a pobreza	15
1.2.1) Políticas sociais, pobreza e cidadania no Brasil	16
1.2.2) Focalização e programas de combate à pobreza	19
1.2.3) Emergência dos programas de transferência condicionada de renda no Brasil	23
1.3) Constituição de uma nova institucionalidade no campo das políticas sociais	31
1.3.1) Desafios postos à descentralização e controle social	32
1.3.2) O imperativo de promover políticas públicas integradas: A intersetorialidade na ordem do dia	38
1.3.2.1) Seguridade Social: perspectivas fracassadas de articulação intersetorial	39
1.3.2.2) Intersetorialidade na literatura atual	42
1.3.2.3) Tradições e legados setoriais: oportunidades e limites à articulação intersetorial na atualidade	48
1.3.2.4) Programas de transferência condicionada de renda e intersetorialidade	54
1.3.2.5) Nova institucionalidade e os desafios à implementação local de políticas e programas sociais	55
Capítulo 2: O Programa Bolsa Família: há algo de novo no campo da política social?	59
2.1) Cadastro Único, focalização e acesso	61
2.2) Priorização da família	66
2.3) Condicionalidades	69
2.4) Descentralização, intersetorialidade e controle social	77
2.5) Financiamento e monitoramento	83
Capítulo 3: Sobre a metodologia	85
3.1) Objeto, objetivos e metodologia da pesquisa	85
3.2) Recorte empírico e procedimentos metodológicos	89
3.3) A entrada em campo	93
3.3.1) Os instrumentos da pesquisa: o exercício da observação sistemática e a realização das entrevistas	97
3.4) Tratamento do material empírico	100
Capítulo 4: O PBF em Niterói	103
4.1) Contexto local	103
4.1.1) Aspectos demográficos, sociais e econômicos	103
4.1.2) A saúde no município	110
4.2) O Programa Bolsa Família em Niterói	114
4.2.1) As estratégias de cadastramento das famílias pobres	117

4.2.2) Focalização	121
4.2.3) Dados de cobertura das condicionalidades do PBF na saúde	123
Capítulo 5: Análise de resultados	134
5.1) Concepções e perspectivas dos profissionais de saúde face ao Programa Bolsa Família	135
5.2) A implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família no setor saúde: entre promessas, riscos e possibilidades	144
5.2.1) Momento inicial: estranhamentos, inseguranças e resistências	144
5.2.2) A crítica persistente à focalização do Programa	152
5.2.3) Organização dos serviços para acompanhamento das condicionalidades e a dificuldade de captação das famílias beneficiadas	155
5.2.4) O acompanhamento das famílias nas unidades básicas e policlínicas: entre a burocratização e o incremento do poder dos usuários para utilizar os serviços de saúde	167
5.2.5) O PBF e o acesso aos serviços de saúde: afinal, que tipo de repercussão se pode esperar?	169
5.3) A dinâmica intersetorial do PBF	177
5.3.1) A implementação da intersectorialidade no cenário local	177
5.3.2) O Programa Bolsa Família como prioridade de intervenção do comitê gestor intersetorial	190
5.3.3) O desenho e as estratégias de indução da intersectorialidade no Programa Bolsa Família	192
5.3.4) O Comitê Intergestor do Programa Bolsa Família em Niterói	200
5.3.5) Entre a cooperação e a competitividade: A visão dos profissionais de saúde sobre a ação intersetorial no âmbito do PBF	211
Considerações Finais	223
Bibliografia	241
Anexos	251
Organograma FMS - Niterói	252
Roteiro de entrevista com gestores (diretores) das unidades básicas de saúde e policlínicas	253
Roteiro de entrevista com gestores do setor saúde - Programa Médico de Família	255
Roteiro de entrevista com profissionais implementadores do PBF nas unidades básicas de saúde e policlínicas	257
Roteiro de entrevista com profissionais do Programa Médico de Família responsáveis pela implementação das condicionalidades da saúde (supervisores de área)	259
Roteiro de entrevista com o coordenador do PBF na Secretaria Estadual de Saúde	261
Roteiro de entrevista com o gestor estadual do PBF Secretaria Estadual de Assistência Social	262
Roteiro de entrevista com gestores da Secretaria Municipal de Assistência Social (coordenador do PBF)	264
Roteiro de entrevista com profissionais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)	267
Roteiro de entrevista com representantes das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social no comitê intersetorial de políticas sociais	269
Roteiro de entrevista com representante da Secretaria Municipal de Educação no comitê intergestor do PBF	270

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ATAN - Área Técnica de Alimentação e Nutrição

BPC - Benefício de Prestação Continuada

BVJ - Benefício Variável Jovem

CADÚNICO - Cadastro Único

CEDEPLAR - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional

CEF - Caixa Econômica Federal

CGPAN - Coordenação Geral de Programas de Alimentação e Nutrição

CGPBF - Conselho Gestor do Programa Bolsa Família

CGU - Corregedoria Geral da União

CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social

COMPETI - Comissão de Acompanhamento do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

CONGEMAS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Assistência Social

CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

CPD – Central de Processamento de Dados

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas

CRAS - Centros de Referência da Assistência Social

DESUM - Departamento de Supervisão Metodológica

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro

FSS - Faculdade de Serviço Social

GIL - Gerenciador de Informação Local

GM/MDS - Ministério do Desenvolvimento Social - Gabinete do Ministro

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICCN - Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais

IDF - Índice de Desenvolvimento da Família

IGD - Índice de Gestão Descentralizada
IGDE - Índice de Gestão Descentralizada Estadual
IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MEC - Ministério da Educação
MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar
MS - Ministério da Saúde
NAF - Núcleo de Apoio às Famílias
NBRC - Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania
NIS - Número de Inscrição Social
PBA - Programa Bolsa Alimentação
PBE - Programa Bolsa Escola
PBF - Programa Bolsa Família
PCA - Programa Cartão Alimentação
PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PFZ - Programa Fome Zero
PMF - Programa Médico de Família
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF - Programa Saúde da Família
PTCR - Programa de Transferência Condicionada de Renda
SENARC - Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social
SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS - Sistema Único da Assistência Social
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU - Tribunal de Contas da União
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro
VD - Visita Domiciliar
VIPACAF - Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1	Características demográficas de Niterói (RJ), 2000
Tabela 2	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em Niterói, Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000
Tabela 3	Dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em Niterói, Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000
Tabela 4	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais e número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais. Niterói, Rio de Janeiro(UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000
Tabela 5	Percentual da população de 25 anos e mais por anos de estudo. Niterói, Rio de Janeiro(UF) e Brasil, 1970,1980, 1991 e 2000
Tabela 6	Renda per capita e percentual da população abaixo da linha de miséria em Niterói, no município do Rio de Janeiro e no estado do Rio de Janeiro, 2000
Tabela 7	Medidas de desigualdade da distribuição do rendimento familiar per capita em Niterói, no município do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, 2000
Tabela 8	Número de famílias beneficiárias do PBF e famílias inscritas no CadÚnico, 2005-2008
Tabela 9	Quantitativo de famílias beneficiárias do PBF e percentual de famílias acompanhadas segundo vigência de acompanhamento das condicionalidades de saúde, 2005-2007
Tabela 10	Percentual de famílias total e parcialmente acompanhadas segundo vigência, 2005-2007
Tabela 11	Quantitativo de famílias beneficiárias do PBF e percentual de cobertura por tipo de unidade de saúde - 1ª. vigência de 2007
Quadro 1	Equipe responsável pela implementação das condicionalidades por tipo de unidade
Gráfico 1	Evolução da Cobertura de famílias acompanhadas pelo SISVAN – módulo de gestão no estado do Rio de Janeiro, 2005-2007
Gráfico 2	Evolução da média do percentual de beneficiários do PBF, segundo o porte dos municípios, 2005-2008
Gráfico 3	Evolução percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no município de Niterói por vigência
Gráfico 4	Evolução da média do percentual de beneficiários do PBF em função da cobertura da ESF (2005-2008)
Figura 1	Mapa das regiões de Niterói
Figura 2	Quantidade de famílias no CadÚnico de Niterói

INTRODUÇÃO

Neste estudo procede-se a análise do processo de implementação descentralizada das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no âmbito do SUS. Considerando que se trata de Programa recém criado e que traz novas requisições para o setor saúde, interessa identificar fatores que facilitam e também essenciais obstáculos postos a este processo.

Toma-se o município de Niterói para o estudo de caso por entender que esta localidade reúne atributos favoráveis à observação da implementação das condicionalidades da saúde visto a história de forte consolidação da sistema local de saúde (notadamente a atenção básica), onde se destaca a experiência do Programa Médico de Família. Ademais, o município apresenta bons indicadores sociais situando-se como o terceiro IDH-M do país e primeiro do estado do Rio de Janeiro.

O trabalho empírico realizado reporta-se na primeira dimensão à análise documental e entrevistas com gestores e profissionais executores diretos do PBF no município, apoiando-se em demais procedimentos metodológicos entre os quais se destaca a observação participante.

O ponto de partida dessa análise baseia-se no pressuposto de que o deslocamento de responsabilidades afetas ao PBF para os municípios traz inúmeras possibilidades de (re)interpretação deste programa cujas consequências precisam ser conhecidas visto tratar-se de um programa social criado recentemente.

Assim, o desenho metodológico da pesquisa busca não só observar como o sistema de saúde de Niterói vai gradativamente desenvolvendo a sua capacidade técnico-administrativa e política para a gestão das condicionalidades do PBF, mas, principalmente, como esta gestão vai ganhando contornos que refletem os interesses e estratégias dos agentes envolvidos na implementação, ou seja, como o processo decisório local imprime uma racionalidade específica ao resultado desse Programa.

As recentes inflexões no campo das políticas sociais ocorrem num cenário de reestruturação do mundo do trabalho traduzido no crescimento do desemprego, situação em que o Estado brasileiro se vê impelido a desenvolver programas sociais voltados para o combate à fome e à pobreza. É no esteio desse processo que se verifica, desde os anos 1990, uma profusão de experiências municipais de implementação de programas

de transferência condicionada de renda dirigidos à população pobre. Entretanto, é somente com a criação do Programa Bolsa Família (PBF) que este tipo de programa se espalha por todo o país, atingindo grau de cobertura significativo.

O Programa Bolsa Família (PBF), criado pelo governo federal em outubro de 2003, tem como objetivo enunciado instituir um programa nacional de transferência condicionada de renda às famílias pobres, pautado notadamente na gestão descentralizada e intersetorial. Acompanhando a tendência mais geral do desenho dos programas de transferência de renda implantados a partir dos anos 1990, o PBF exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma agenda de compromissos – as chamadas condicionalidades – que se traduz na obrigatoriedade de inserção de crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes em determinados programas de saúde e de crianças e adolescentes na escola. Em situação de não cumprimento de tais exigências, as famílias beneficiárias devem ser desligadas do Programa.

A presença de condicionalidades no desenho do Programa Bolsa Família tem suscitado inúmeras indagações, sendo que algumas delas estão referidas a questões muito caras aos estudiosos da política social e profissionais envolvidos com a implementação de programas sociais, quais sejam: É justo exigir condicionalidades das famílias pobres? Essa inovação no desenho do Programas viola os princípios de cidadania? Ao mesmo tempo, não obstante o caráter fundante da primeira indagação, em que medida as condicionalidades podem, como enunciado nos objetivos do Bolsa Família, favorecer a inserção das famílias pobres no circuito de acesso aos serviços sociais e contribuir para a construção de trajetórias de inclusão social? Ademais, que dilemas se colocam para a a implementação das condicionalidades no setor saúde?

Dada a novidade inscrita na concepção e desenho operacional do Bolsa Família, não resta dúvida sobre a importância dos estudos de implementação do Programa na atualidade. Nesta direção, além das condicionalidades, a característica intersetorial do Bolsa Família traz novas questões teóricas e práticas para o campo da avaliação e análise de políticas e programas sociais descentralizados, pois que sua implementação situa-se numa dimensão notadamente interorganizacional que envolve uma ampla rede de agentes públicos e não governamentais. Assim, o fato de o PBF não se constituir como um programa setorial estrito senso adiciona outros elementos à análise de implementação, que aqui deve ser vista, sobretudo, como elemento de aprendizado (Silva et al, 1999)

No que diz respeito a importância deste estudo para a área de Saúde Pública, destaca-se a intenção de compreender as repercussões do Bolsa Família no que diz respeito principalmente a organização dos serviços, a capacidade de captação e acompanhamento das famílias beneficiárias, os arranjos de coordenação e conflitos intersetoriais, o grau de adesão dos profissionais e até que ponto o processo de implementação das condicionalidades do Programa tem o potencial de contribuir para ampliar o acesso aos serviços, questão tão cara ao projeto de reforma sanitária.

Para além da possibilidade imediata de identificar pontos de contato entre os objetivos do Bolsa Família e o conceito ampliado de saúde, a relevância desta pesquisa circunscreve-se a um dos principais propósitos enunciados da formulação do PBF, qual seja: o de pretender tornar-se um Programa-eixo, uma espécie de “guarda-chuva” sob o qual se articularia, através da gestão intersetorial, o sistema de proteção social brasileiro com vistas a impactar as questões estruturais da pobreza.

Em direção similar, a questão da intersectorialidade se coloca como questão premente na agenda da saúde hoje em função do reconhecimento, após duas décadas de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de que a ação fragmentada reduz as possibilidades de enfrentamento de problemas complexos como a persistência da pobreza, das desigualdades sociais e das iniquidades de saúde existentes no país.

Bodstein e Zancan (2001), no contexto do debate sobre a Promoção da Saúde e desenvolvimento local, entendem o componente intersectorialidade como parte do reconhecimento de que a intervenção sobre os problemas de saúde requer um campo de abordagem mais amplo. Assim, a idéia de atuar sobre os determinantes das condições de vida é comum tanto aos objetivos do PBF quanto às proposições dos estudiosos e profissionais da saúde pública, notadamente aqueles vinculados à perspectiva da Promoção da Saúde.

Além das condicionalidades do PBF centradas nas áreas da saúde, educação e assistência social as relações entre pobreza, processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde, já largamente tematizadas no campo da saúde, parecem indicar as conexões extensas entre o Programa Bolsa Família e a área da saúde.

No que se refere a sua organização, a tese está estruturada em cinco capítulos.

No primeiro capítulo realiza-se uma incursão teórica sobre as origens dos Programas de Transferência de Renda, seu desenvolvimento no século XX sob a égide do *Welfare State* até as inflexões verificadas nos anos 1980, com ênfase nas tendências

recentes. Esta análise está balizada pelo debate que abarca a associação entre assistência e trabalho e a reconfiguração do direito social traduzida na trajetória que vai da incondicionalidade do direito ao direito condicional. Em seguida, procede-se ao tratamento do tema Programas de Transferência de Renda na trajetória histórica do sistema de proteção social brasileiro, detacando-se os aspectos que articulam pobreza, cidadania e focalização das políticas sociais. No campo da institucionalidade da política social, dá-se centralidade a discussão sobre as potencialidades e limites inscritos na alternativa de gestão intersetorial, tema emergente na agenda atual e visceralmente relacionado aos Programas de Transferência de Renda, notadamente o PBF. Para esta discussão busca-se examinar possíveis aprendizados inscritos na experiência fracassada de conformação da seguridade social brasileira. Este capítulo é finalizado com a discussão acerca do debate teórico sobre a análise de implementação descentralizada de políticas e programas sociais.

No capítulo 2 procura-se estabelecer um quadro geral de reflexão acerca da concepção, desenho operacional e estratégias de indução do Programa Bolsa Família pondo relevo nos seus principais eixos ordenadores e em aspectos que parecem apontar para inflexões no campo da política social, tais como a exigência de condicionalidades e o estímulo à gestão intersetorial. Trata-se de um esforço de análise sem o qual não seria possível proceder ao estudo de implementação do Programa. A discussão centra-se nos seguintes pontos: Cadastro Único, Focalização e Acesso; Priorização da Família; Condicionalidades; Descentralização, Intersetorialidade, Controle Social e Financiamento e Monitoramento. Esta sistematização é resultado do cotejamento entre análises teóricas e o estudo de documentos oficiais e do arcabouço legal do PBF.

No terceiro capítulo, faz-se a apresentação detalhada do objeto e objetivos da pesquisa e justifica-se a escolha do município de Niterói para o estudo da implementação das condicionalidades do PBF no setor saúde. São também explicitados o desenho metodológico assumido na pesquisa, os procedimentos e técnicas utilizados e a experiência do trabalho de campo.

A discussão acerca do contexto local de implementação e da história do PBF em Niterói encontra-se no capítulo 4.

Por fim, no capítulo 5, o estudo privilegia a análise da implementação do Programa Bolsa Família procedendo-se: (i) identificação dos significados que os gestores e profissionais da saúde atribuem ao PBF; (ii) análise da dinâmica política,

institucional e operacional da implementação das condicionalidades do PBF na saúde; (iii) exame do processo de implementação local da gestão intersetorial e suas imbricações com o Bolsa Família.

Os resultados da pesquisa buscam capturar os principais desafios do setor saúde para implementar as condicionalidades do PBF, indicando promessas, riscos e possibilidades, confirmando que tais desafios são inerentes não apenas ao campo da saúde, mas a gestão local que mostra dificuldade para executar um programa social intersetorial.

Com base no aprofundamento que o estudo de caso permite, as análises efetivadas sugerem um conjunto de problemas concretos relacionados à condução, coordenação e gerenciamento do Programa Bolsa Família que afetam o processo de implementação das condicionalidades da saúde e sua relação com o sistema de proteção social.

Importante frisar que o objetivo deste estudo é proceder a análise de processo, ou seja, não há aqui pretensão em dimensionar resultados ou impactos, mas sim elaborar interpretações intermediárias que possam se constituir em elemento de aprendizado e reflexão sobre a operacionalização das condicionalidades do Bolsa Família no setor saúde.

Capítulo 1: Proteção Social, Programas de Transferência de Renda e Intersetorialidade

1.1) Programas transferência condicionada de renda: dilemas e perspectivas

Os programas de transferência de renda não são propriamente uma novidade na história recente das políticas sociais. Diversos autores, entre eles Silva (1996), Suplicy (2002), Lavinias (2000 a) e Branco (2001), realizam importante resgate das origens e do debate em torno de tais programas, tanto nos Estados Unidos da América quanto na Europa.

De acordo com Suplicy (2002), uma primeira proposta de renda para todos como meio de sobrevivência é feita por Thomas More em seu livro *Utopia*, de 1516. No entanto, é somente com a *Speenhamland Law*, promulgada na Inglaterra em 1795, que se pode falar mais especificamente da origem deste tipo de assistência (Silva, 1996). Trata-se do primeiro programa de renda mínima conhecido na Europa industrial e que marca uma inflexão na política social desenvolvida na Inglaterra desde 1536 sob a vigência das denominadas Leis do Pobres. De acordo com Pereira (2000:104), as Leis dos Pobres formavam “*um conjunto de regulações pré-capitalistas que se aplicava às pessoas situadas à margem do trabalho, como idosos, inválidos, órfãos, crianças carentes, desocupados voluntários e involuntários, etc.*”. Neste contexto, os pobres “válidos” eram obrigados a aceitar qualquer tipo de trabalho, a mendicância era castigada e somente os incapacitados tinham direito à assistência social. Na verdade, a gestão da pobreza tinha caráter mais punitivo do que protetor.

Criada num contexto de grande perturbação social e agravamento da pobreza, a *Speenhamland Law* inglesa reconhece o direito dos pobres ao recebimento de uma renda mínima, independente de seus proventos e em função de uma tabela que dependia do preço do pão e do número de filhos. Para Polanyi (1980) tratava-se de assegurar o “direito de viver”, pois quando não era possível garantir, através do trabalho, o suficiente para sobreviver, cabia à sociedade fazer a complementação de renda. Nesta mesma ocasião, a assistência social é estendida aos pobres capacitados para o trabalho, situação inovadora para a época e absolutamente contrária a lógica capitalista que se queria consolidar (Pereira, 2000).

No entanto, no cenário de expansão da revolução industrial, esta lei logo se mostrou um impeditivo para a formação de um mercado de trabalho nos moldes

capitalistas, tendo sido duramente criticada a partir do final do século XVIII. As principais críticas ressaltavam que o fato do indivíduo receber assistência mesmo que estivesse empregado fazia com que se tornasse improdutivo, já que o salário podia ser complementado pela ajuda externa. Ademais, a existência de fundos públicos para subsidiar os salários era vista como o principal impedimento à constituição do proletariado industrial ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, provocava o achatamento dos salários (Polanyi, 1980). Considerava-se, assim, que para conter a improdutividade dos empregados e promover o mercado de trabalho capitalista era necessário acabar com o direito incondicional dos pobres à assistência. Com efeito, o tom moralista do debate sobre a ajuda aos pobres no século XIX e a reforma da Lei dos Pobres de 1834 reforçaram a crítica a qualquer tipo de transferência monetária aos grupos pauperizados.

A *Poor Law Reform* de 1834 substituiu a *Speenhamland Law* e pôs fim às dificuldades de constituição de um mercado de trabalho livre, haja vista que, além da assistência aos pobres ter se tornado residual, a abolição total da Lei do Domicílio (*Act of Settlement* de 1662) restituiu a mobilidade espacial do trabalhador. Neste cenário, tem fim o direito ao rendimento mínimo e o indivíduo, agora “livre” para se estabelecer em qualquer paróquia, tem que garantir sua sobrevivência no contexto da sociabilidade competitiva do capitalismo. Para Pereira (2000), a crítica à proteção institucional cria as condições para o confronto ideológico entre assistência social e trabalho, além da disseminação da concepção liberal de que a pobreza é fruto do paternalismo e da tutela estatal.

Sob a regência da Lei dos Pobres de 1834, os pobres desempregados e incapazes ficaram sem assistência restando apenas a reclusão nos albergues, onde a estigmatização e a violação dos direitos marcaram a intervenção pública sobre a questão da pobreza no século XIX.

Na contramão das críticas às propostas de transferência de renda aos pobres, Thomas Paine, um dos ideólogos da revolução francesa e pioneiro na formulação de uma renda básica incondicional, formulou, ainda no século XVIII, os argumentos segundo os quais todos teriam direito a usufruir da riqueza de uma nação. Entendeu que a origem da pobreza está na propriedade privada, o que justificaria a implementação de uma transferência de renda para todos (Silva, 1996; Suplicy, 2002; Lavinias, 2000a). Entretanto, foi preciso esperar até o século XX para que os trabalhadores conquistassem

direitos políticos e sociais (Marshall, 1967).

1.1.1) O debate sobre os programas de transferência de renda no século XX até os dias atuais

O debate que surge a partir das experiências internacionais sinaliza que a principal polêmica em torno do tema se refere à discussão **renda mínima versus direito ao trabalho e direitos sociais versus contrapartidas exigidas dos beneficiários** (Branco, 2001). Assim, o que está em questão é saber se, no atual quadro de transformação societária, os denominados - de forma genérica - programas de transferência de renda contribuem para aprofundar os direitos de cidadania, ou, ao contrário, concorrem para sua negação e regressão. A sistematização dessa polêmica não é tarefa fácil dado que as análises sobre o tema são variadas, assim como também são diversas as propostas e experiências de programas de transferência de renda.

No século XX, notadamente após a primeira guerra mundial, amplia-se a defesa em torno dos programas de transferência de renda como solução para o problema do desemprego. As propostas de implementação destes programas assumem, em diferentes contextos, denominações e perspectivas diversas.

Nos Estados Unidos, as propostas de implantação de programas de transferência direta de renda emergem em 1935 com o **Programa de Auxílio às Famílias com Crianças Dependentes** (*Aid for families with dependent children* – AFDC) que pagava um complemento às famílias com renda abaixo de um determinado valor. Nos anos 1960, este tipo de assistência foi bastante tematizada, tendo sido aprovado, em 1974, o **Crédito Fiscal por Remuneração Recebida** (*Earned Income Tax Credit* - EITC), que era um complemento monetário às famílias (com crianças), inseridas no mercado de trabalho. A formatação de tais programas neste país está associada à concepção de imposto negativo e a processos rígidos de focalização e contrapartidas de inserção no mercado de trabalho (Silva, 1996; Suplicy, 2002).

Milton Friedman é identificado como o idealizador do **Imposto Negativo**. Representando a corrente liberal, essa proposta apóia-se na idéia de minimização do Estado interventor por considerar que grande parte dos problemas de ordem fiscal deve-se justamente ao alargamento das ações estatais. Uma das preocupações centrais do Imposto Negativo é a promoção de uma estratégia de transferência de benefício

monetário que não seja capaz de estimular o ócio. Para tanto, é fixada uma linha de pobreza, através de um rigoroso teste de meios, acima da qual a pessoa paga o imposto e abaixo recebe um determinado valor complementar à renda auferida através do trabalho (Silva, 1996).

Dessa forma, o Imposto Negativo apresenta componentes fortemente baseados no individualismo, no mercado auto-regulador e na concepção de que o pobre precisa ser constantemente estimulado ao trabalho, criando fortes processos de estigmatização social. Grande parte das críticas a esta proposta, conforme mostra Branco (2001), relaciona-se à perspectiva de monetarização do apoio social, além de desconsiderar o aspecto multidimensional da pobreza, já que elimina a prestação dos demais serviços sociais.

Também na Europa, desde os anos 1930, diversos países introduziram programas de transferência direta de renda nas formas de benefícios destinados a crianças, idosos, deficientes, inválidos, a pessoas com baixos rendimentos e os relativos ao seguro desemprego.

Mas, é efetivamente após a segunda guerra mundial, com a consolidação dos *Welfare States*, que acontecem mudanças importantes no padrão de intervenção social nas economias capitalistas avançadas. Neste cenário, uma outra perspectiva de justiça social acompanha a ação social do Estado, onde a figura do pobre merecedor dá lugar ao indivíduo portador de direitos.

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 a Seguridade Social inaugurado, nos anos 1940, por Beveridge (Branco, 2001; Pereira, 2000; Rosanvallon, 1997 e 1998).

A partir dos anos 1970, as sociedades ocidentais passam por uma crescente incapacidade da economia em gerar novos postos de trabalho e manter os existentes, além de um acirramento de formas atípicas de ocupação (desemprego, precarização e flexibilização das relações de trabalho), repercutindo negativamente na capacidade de financiamento das políticas sociais e no aumento dos número de beneficiários, conformando assim situações de desfiliação social no cenário da nova pobreza européia

(Castel, 1998).

Deste modo, desenvolve-se nos países europeus forte debate acerca da inadequação do *Welfare State* diante do esgotamento da sociedade salarial e do pleno emprego. É justamente nessa circunstância de crise que as **propostas de transferências diretas de renda** são retomadas como parte da reflexão sobre o futuro do *Welfare State* e do questionamento da atual centralidade do trabalho como meio privilegiado de acesso à renda.

Nesta conjuntura, o debate sobre esta modalidade de assistência é intensificado e surgem propostas que se diferenciam, principalmente, pela forma de conceber a relação entre renda e trabalho, se a favor da condicionalidade ou incondicionalidade, focalizado ou universal ou ainda se adota a perspectiva da substituição ou complementariedade ao sistema de proteção existente.

Dentre as propostas existentes destaca-se a **renda mínima** pela sua extensão em termos de implementação concreta em vários países europeus (e latino-americanos). Esta proposição de programa social destina-se, em geral, a conferir às pessoas um benefício monetário que lhes possibilite sobreviver, numa conjuntura de dificuldade de acesso ao mercado de trabalho. Para Justo(2004), a perspectiva conservadora de renda mínima tende a secundarizar o direito ao trabalho como um dos principais pilares da cidadania. No entanto, na visão desta autora e de Marques (1997), as propostas de renda mínima são muito abrangentes, isto é, não são idênticas e perpassam várias correntes de pensamento. Em linha geral, entre os neoliberais está associada à idéia de Estado mínimo e extinção dos encargos sociais para que as taxas de desemprego recuem. Para os progressistas, trata-se de um novo tipo de solidariedade criada pelas novas condições do mundo do trabalho.

“(...) por um lado há, a partir da visão de que o crescimento do desemprego estrutural é inevitável, a concepção mais conservadora de renda mínima, de Friedman, que defende que ela seja destinada apenas aos que não conseguem vencer no mercado competitivo (os fracassados e incapazes), cabendo ao Estado atenuar, assim, a miserabilidade, e conter a massa descontente. Por outro lado, autores como André Gorz, Guy Aznar, Bresson e Rosanvallon defendem que a renda mínima deva ser destinada não aos pobres, mas aos trabalhadores, como uma compensação pela redução de sua jornada de trabalho, de forma a impedir a legitimação de uma sociedade dual, que passe muito bem sem os inúteis da nação. Esta proposta mantém a percepção do trabalho como pilar da cidadania e defende a redução de jornada de trabalho sem prejuízo da renda – daí o porquê da renda mínima, que seria complementar ao salário, mas, diferentemente das proposições da direita, seria uma forma de inverter o processo de transformação no sentido do empoderamento e favorecimento dos trabalhadores” (Justo, 2004:11)

Em meio a este debate destacam-se perspectivas que se diferenciam fundamentalmente por entender que na realidade contemporânea não é possível persistir na associação entre renda e trabalho, como também a preservação das conquistas em termos dos direitos sociais não comportam qualquer tipo de exigência de contrapartidas por parte dos beneficiários. Destaca-se aqui a Renda Básica Incondicional (RBI) de Van Parijs (Van Parijs, 1994; 1996, 1999). Tal proposição referencia-se na perspectiva de que o *Welfare State* não se sustenta mais e, por isso, uma renda universal, incondicional, independente do trabalho e dos testes de meios e de qualquer contrapartida é fundamental para conferir cidadania aos excluídos. Para o autor, a combinação desses critérios se configura numa resposta ao desafio conjunto de enfrentar a pobreza e o desemprego, a partir de um novo paradigma no qual a **renda é desvinculada do trabalho**, já que este perde centralidade no contexto atual.

Com base nas transformações contemporâneas no mundo do trabalho, Aznar (1995) e Gorz (1995) entendem que, em face da lógica atual na qual a produtividade vem aumentando *pari passu* à diminuição do emprego da força de trabalho, a renda não pode mais ser consequência da quantidade de trabalho. Diferente de Van Parijs, estes autores propõem que os programas de transferência direta de renda sejam complementares e não substitutivos ao sistema de proteção social.

Silva (1996) argumenta que a **Renda Social** proposta por André Gorz e o **Segundo Cheque** defendido por Guy Aznar partem da concepção de que a desvinculação da renda de um trabalho produtivo é humilhante e estigmatizante e, portanto, baseia-se na proposição de um sistema de transferência de renda associada à redução progressiva do tempo de trabalho para todos aliada a uma política de qualificação profissional efetiva e consistente. A redução do tempo de trabalho teria o potencial de geração de novas oportunidades para todos e de distribuição da riqueza socialmente produzida. A idéia é de que se possa criar a sociedade de tempo livre, na qual as pessoas poderiam desenvolver com liberdade seus projetos pessoais e sociais.

Entre os críticos da proposta de alocação universal, é possível perceber a preocupação com os desdobramentos da dissociação entre renda e trabalho nos processos de integração e inserção sociais. Rosanvallon (1996), um dos principais representantes desta vertente, chama atenção para o fato de que repensar as relações entre direitos sociais, renda e trabalho implica compreender os impactos da crise do trabalho nas redes de sociabilidade e nos circuitos de reciprocidade social. Para este

autor, a cidadania passiva alimentada pelo *Welfare State* teria reforçado o papel do Estado como principal agente da solidariedade e enfraquecido os circuitos de responsabilização social. A perspectiva de universalização dos benefícios sociais sem contrapartida ou envolvimento dos atores sociais não seria, portanto, capaz de solucionar os problemas atuais ligados à pobreza. Nesta direção, a inserção social é assinalada por Rosanvallon como uma nova concepção de direito social.

A principal expressão da vertente de inserção social é o Programa Renda Mínima de Inserção (RMI) instituído na França em 1988. A propósito, o debate acerca da inserção social é tratada por Castel(1998) que caracteriza a natureza das intervenções estatais no espaço social através de dois tipos de política: as integrativas e as de inserção. As integrativas, próprias da sociedade salarial, têm origem na busca da homogeneização da sociedade a partir da consolidação salarial e proteção social universal. Já as políticas de inserção, produto da nova ordem econômica tem natureza seletiva pautada na idéia de discriminação positiva com vistas a recuperar a distância em relação a uma completa integração. Diante da realidade de desemprego estrutural, o autor referido fala da necessidade de se ter uma estratégia política combinada para evitar e enfrentar processos de desfiliação social. A primeira estratégia de caráter preventivo consiste em controlar a **zona de vulnerabilidade** através de medidas macroeconômicas com políticas públicas de desenvolvimento social e econômico, de modo a ampliar a oferta de trabalho e a rede de proteção social àqueles em situação de informalidade e precarização do mercado de trabalho. A segunda estratégia de caráter reparador insiste na redução da **zona de desfiliação** através de ações concretas de inserção social. Neste caso, para Castel (1998) grande parte dos programas de renda mínima podem ser traduzidos como políticas de inserção que visam reduzir zonas de vulnerabilidade e desfiliação social. Buscam recuperar déficits de integração através da tentativa de recuperação dos efeitos sociais da precariedade do trabalho e dos frágeis apoios relacionais.

Sobre o RMI francês cabe ressaltar que se trata de um programa destinado a todas as pessoas maiores de 25 anos que não auferam renda suficiente para a garantia da sobrevivência. Para a seleção da população é utilizado o recurso de testes de meios, sendo que a proteção ao beneficiário se estende à garantia de acesso à saúde e moradia, dentre outros serviços sociais (Castel, 1998). No desenho do RMI, não há previsão de limite de tempo de permanência no programa, pois que o objetivo principal é preparar o

indivíduo para a inserção ou reinserção no mercado de trabalho.

Nos Estados Unidos vêm se discutindo e desenvolvendo, desde os anos 1980, experiências de programas de renda mínima que condicionam a prestação da assistência social ao exercício de algum tipo de trabalho. No governo Ronald Reagan, sob a influência da crítica liberal ao *Welfare State*, as reformas empreendidas no campo da política social passam a se associar à idéia de *workfare*.

Para Rosanvallon é possível identificar nesta perspectiva do *workfare* uma importante convergência filosófica com a noção de pobreza que predominou até meados do século XIX. Para o autor, a orientação que preside a cobrança de contrapartida no âmbito do *workfare* americano nos anos 1980 não se enquadra no debate sobre a constituição de novos direitos sociais: “*Apreendido nessa perspectiva, o tema do workforce era equívoco; correspondia mais a uma estratégia de enquadramento e de disciplina dos pobres, principalmente dos jovens, do que uma nova abordagem dos direitos sociais e de inserção na sociedade*” (1998: 96)

Particularmente na década de 1990, disseminou-se a idéia de que a assistência social ofertada pelo Estado americano criava dependência e uma certa permissividade com relação aos esforços pessoais necessários para a inserção no mercado de trabalho. Com a intenção de romper com esta lógica, é proposto, no governo Bill Clinton, a redução do tempo de permanência dos beneficiários nos programas de renda mínima renda. Assim, após o prazo de dois anos os beneficiários que não tivessem retornado ao mercado de trabalho deveriam prestar serviços à coletividade. Segundo Rosanvallon (1998), tais mudanças não foram muito bem sucedidas visto que houve resistência por parte de sindicatos de trabalhadores que temiam a redução do número de empregos e também de liberais que previam que a intervenção do Estado fosse ampliada, principalmente em razão da necessidade de incrementar o número de empregos. Os democratas também rechaçavam a idéia de contrapartidas por acreditarem que este tipo de cobrança fere os direitos de cidadania.

Assim, ao analisar a experiência americana, Rosanvallon (1998) associa a ideologia do *workfare* às reformas implementadas na década de 1980. Com efeito, para este autor, na era Clinton há certo afastamento da crítica moralista ao *Welfare State* que predominou na década anterior, prevalecendo a idéia de que o trabalho é mais importante do que o apoio gratuito do Estado.

No entanto, quando este autor compara as políticas de inserção social

promovidas nos Estados Unidos e na Europa, a partir principalmente dos anos 1990, demonstra que existem importantes clivagens entre as duas experiências que se originam, fundamentalmente, dos diferentes tipos de Estado de Bem-Estar erigidos nestas regiões. Nos Estados Unidos, se consolidou um modelo de *welfare* residual, cuja lógica liberal de não intervenção estatal produziu um tipo de política de **inserção estrita**. Os conservadores liberais temiam que essa perspectiva de política social viesse a ampliar ou recolocar a questão da intervenção do Estado, especificamente na geração de mais empregos públicos. Na Europa, ao contrário, a experiência dos programas de inserção social foi desenvolvida sob a cultura e tradição de um *Welfare State* universal – redistributivo – o que trouxe, na visão de Rosanvallon (1998), possibilidades mais fecundas para se pensar o redimensionamento dos direitos sociais e da inserção no mundo do trabalho.

Sobre a noção de inserção presente no desenho do RMI francês, é preciso ressaltar dois pontos importantes: o primeiro é que ao aderir ao programa a pessoa assina um contrato com o Estado aceitando a sua participação nas diversas ações voltadas para a sua inserção social; o segundo é que as ações devem ser definidas a partir da necessidade e da capacidade de cada um, havendo, portanto, a necessidade de um acompanhamento individual através das instituições estatais (Silva, 1996; Rosanvallon, 1998; Paugan, 2003). Além disso, o beneficiário do RMI tem a garantia de acesso a um conjunto de serviços sociais. Rosanvallon (1998) argumenta que este programa de inserção apresenta a qualidade de conjugar o direito social, à medida que é acessível a todos aqueles que estão excluídos, a um contrato, visto que exige contrapartidas. Nesse caso, as contrapartidas representam uma nova forma de relação entre indivíduo e sociedade que também se responsabiliza pela inserção social.

No entanto, há muitas polêmicas com relação ao RMI. A crítica mais severa se dirige a exigência de celebração de um contrato, visto que isso, na visão de muitos analistas, facilitaria o desenvolvimento de controle rígido sobre os beneficiários, sendo também uma forma de estigmatização social.

Chama atenção também a crítica à visão reducionista da inserção enquanto possibilidade de empregar as pessoas em empresas e instituições em detrimento de se pensar a inserção como processo amplo e permanente de cada indivíduo. Sendo assim, a exclusão não é entendida como fenômeno coletivo e estrutural. Para alguns autores, uma prova disto é o fato dos contratos do RMI serem feitos de forma individual e vir se

traduzindo em um tipo de inserção cada vez mais precária dos beneficiários do programa (Silva, 1996)

Também na América Latina, os programas de transferência de renda estão bastante disseminados e as principais experiências têm sido acompanhadas da exigência de contrapartidas por parte dos beneficiários. Na maioria dos programas desenvolvidos nos países latino-americanos, a questão da contrapartida/condicionalidade assume recortes um pouco diferentes quando comparados com a perspectiva de inserção social desenvolvida, por exemplo, na França. Em nosso continente predomina a lógica de cobrança de contrapartidas no sentido da inserção nos serviços de saúde e educação, cujo objetivo é ampliar o acesso da população beneficiária aos direitos sociais, não se tratando, pois, de buscar (re) inserir o indivíduo no mercado de trabalho. Estas diferentes visões sobre a inserção social estão, certamente, relacionadas às diferentes realidades do sistema de seguridade social presentes na Europa e América Latina.

1.2) Trajetória da política social brasileira e adoção dos programas de transferência condicionada de renda como política de combate à fome e a pobreza

Como vimos, as recentes transformações que vêm acontecendo nas economias mundiais, traduzidas no crescimento do desemprego e surgimento e agudização de novas formas de pobreza, associados à chamada crise do *welfare state* têm colocado o debate sobre os limites dos modelos de proteção social existentes em responder as crescentes demandas sociais.

No Brasil, nos últimos anos, o tema da pobreza ganha centralidade na agenda pública e torna-se motivo de inúmeras intervenções do Estado no campo social. Desta forma, as políticas sociais vêm experimentando um intenso movimento de reformas institucionais que apontam tanto em direção a uma dinâmica de descentralização e constituição de espaços destinados ao controle e participação social quanto no sentido da instituição de programas sociais inovadores.

Comparativamente ao perfil tradicional das políticas sociais brasileiras, há importante mudança no desenho operacional das políticas de combate à pobreza, observando-se, então, uma profusão de experiências de programas de transferência de renda. As origens destes programas remontam às iniciativas municipais no contexto específico de descentralização das políticas sociais.

Para entender os programas de transferência de renda *vis-à-vis* a conformação mais ampla do sistema de proteção social brasileiro, julgou-se necessário identificar e problematizar o processo histórico e político de constituição das políticas sociais entre nós.

1.2.1) Políticas sociais, pobreza e cidadania no Brasil

Como vários autores têm assinalado (Telles,1994; Carvalho, 2001; e Santos, 1998) a pobreza, velha e nova, carrega o peso dos dilemas da constituição da cidadania, onde necessidades diversas não foram historicamente formuladas como direito. Ao focar a análise nas políticas sociais dos anos 1930, verifica-se que grande parcela da população foi incorporada pela via do trabalho, caracterizando assim uma integração seletiva que Santos (1975) denominou cidadania regulada. O direito a ter direito social é então marcado pela inserção do indivíduo no sistema produtivo, e não a partir de um código de valores políticos universais, o que, de fato, não cria condições para o indivíduo se reconhecer como cidadão. Neste contexto, o Estado ao definir legalmente as categorias profissionais que teriam acesso aos benefícios e assistência médica previdenciários, pautados em contribuição pretérita, promove uma intervenção sobre a questão social fundada nos problemas da acumulação e não da equidade e na noção de direito contratual em detrimento do direito de cidadania. Assim, se a emergência de nosso sistema de proteção social esteve atrelada a uma lógica de ação estatal populista e corporativista, que interditava a reivindicação de políticas sociais mais universalistas, a sua consolidação se dá sob o autoritarismo militar, cujo padrão de incorporação ocorre de forma burocrática, agora pautada não mais na concessão, mas na repressão e coerção à ação coletiva.

No pós 1964, a tendência de ampliação da cobertura de nosso sistema de proteção social, se desenvolve sob a égide de uma engenharia institucional centralizada, descoordenada, superposta e permeável aos interesses particularistas. A quebra da lógica de cooptação, característica dos anos 1930, leva à unificação do sistema de proteção até então construído e molda, nesta conjuntura, um tipo de intervenção estatal que impede toda e qualquer possibilidade de incorporação das demandas da população.

Assim, paradoxalmente, o processo de constituição dos direitos sociais no Brasil se desenvolve em diferentes conjunturas ditatoriais, descaracterizando-o como

conquista política. Carvalho (2001) entende que a fragilidade de nossa democracia pode ser atribuída ao fato de que no Brasil a expansão dos direitos sociais não foi precedida da conquista dos direitos civis e políticos. O autor alerta no sentido de que não há apenas uma forma de uma sociedade alcançar patamares dignos de democracia, mas que o caminho adotado é um diferencial importante. Desse modo, o problema é que a inversão da seqüência dos direitos no Brasil, diferentemente do que Marshall (1967) propôs: primeiro os direitos civis, depois os políticos e, por último, os direitos sociais, traduz-se na excessiva valorização do executivo, gerando uma cultura orientada para a negociação direta com o Estado em detrimento da valorização da representação política. Por isso, ainda hoje, observamos recorrentes rearranjos nos processos de intermediação de interesses em prol da conquista de privilégios ou favores (Carvalho, 2001).

É no bojo desta tradição que vincula os direitos sociais à inserção no mundo do trabalho, que a noção mesma de pobreza é construída entre nós, onde a obstrução de garantias universais promove a dicotomia entre trabalhador e pobre incivil. Assim, o trabalho irregular e informal caracteriza o pobre e não o trabalhador porque não conforma direitos sociais (Telles, 1994).

Com efeito, é no mercado que se percebe de forma mais contundente a dificuldade de universalização de direitos, de modo que os direitos advindos do trabalho promovem uma hierarquização que impossibilita o acesso a mecanismos de representação por parte daqueles que estão fora deste circuito. A pobreza e a dificuldade de acesso às políticas sociais daí decorrentes, dão a medida exata da ausência de universalização das prerrogativas de cidadania.

Entretanto, nos anos 1980 o processo de redemocratização, marcado pela revitalização da sociedade civil e constituição de novos atores, recoloca a discussão dos direitos e da responsabilização pública com base em patamares de igualdade e universalidade. A demanda por uma nova institucionalidade traduz-se na consagração, na Constituição de 1988, dos princípios da descentralização e controle social.

O fundamento da proposta de uma nova engenharia institucional está baseado no consenso em torno do diagnóstico das políticas sociais desenvolvidas na ditadura militar: excessiva centralização do processo decisório no governo federal, superposição e fragmentação dos programas sociais e ausência de mecanismos favorecedores da participação popular na formulação e implementação dos programas sociais. Na época, acreditava-se que estas mudanças seriam suficientes para democratizar o Estado e

alcançar maior equidade no desenvolvimento das políticas sociais.

A discussão do conceito de seguridade social ocupou espaço importante na agenda constitucional, prevalecendo a noção de seguridade como “*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*” (Título VIII, Capítulo II, Seção I, art.194 da CF). A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como integrantes da seguridade social introduziu, conforme ressalta Fleury (2006), a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social.

Além da noção de seguridade social, o texto constitucional também definiu os seus princípios organizadores, a saber: universalidade na cobertura e no atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços aos trabalhadores urbanos e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade das bases de financiamento e caráter descentralizado da administração.

Ademais, a Carta Magna menciona explicitamente a necessidade de garantir a provisão estatal de uma renda mínima para idosos e pessoas com deficiência. A introdução dos mínimos sociais constitui uma importante mudança no nosso padrão tradicional de política social, uma vez que flexibiliza, em parte, o forte caráter contributivo de nosso sistema de proteção social. Em momento posterior, especificamente na conjuntura política adversa dos anos 1990, a proposta de renda mínima voltada para estes segmentos se concretiza no denominado benefício de prestação continuada (BPC)¹. Na visão de muitos autores, embora esta seja uma medida relevante, apresenta-se ainda muito restritiva se considerados os ideais que inspiram o texto constitucional.

O texto constitucional redesenha os contornos do sistema de proteção social brasileiro, propondo o formato organizacional de uma rede descentralizada, integrada, regionalizada e hierarquizada, com comando único e um fundo de financiamento em cada esfera governamental, além de instâncias deliberativas que garantam a participação

¹ O benefício assistencial de prestação continuada foi instituído em 1996 como resposta aos dispositivos constitucionais e da Lei Orgânica da Assistência Social de implantação de um mínimo social voltado para idosos e pessoas com deficiência. Trata-se de um benefício mensal no valor de um (1) salário mínimo voltado para idosos acima de 65 anos e pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e vida independente, cuja renda familiar per capita corresponda a menos de ¼ do salário mínimo vigente. Para maior aprofundamento, ver Vianna, (2005).

paritária da sociedade organizada em cada nível de governo.

Entretanto, a eleição de Fernando Collor de Mello (1990-1993), primeiro presidente eleito em pleito direto após mais de vinte anos de ditadura militar, representou um retrocesso significativo nos ideais defendidos na Constituição Cidadã. Notadamente no plano das políticas públicas, o governo mostrou-se profundamente conservador, patrimonialista e populista, contrariando as diretrizes universalistas da reforma social ainda em curso (Draibe,1998).

1.2.2) Focalização e Programas de Combate à Pobreza

Na década de 1990, o princípio da universalidade que balizava a perspectiva de construção de um sistema de proteção amplo e generoso dá lugar ao princípio focalista, que pode ser observado no debate sobre a pobreza. Sobre este ponto, vale considerar que a discussão sobre a focalização é bastante ideologizada e centrada na polarização universalização versus focalização, provavelmente em razão da permeabilidade dos governos recentes às idéias neoliberais. Para além dessa polarização, parece haver hoje algum consenso, pelo menos com relação aos programas da área de assistência social, quanto a importância de se combinar políticas universais e focais no sentido de diminuir a distância entre exclusão e integração social. Draibe (1998) e Silva (2001) desenvolvem uma discussão relevante sobre as noções progressista e conservadora de focalização, na qual a perspectiva progressista é entendida como discriminação positiva e com ampla cobertura de toda a população pobre e não apenas dos mais pobres entre os pobres.

Abranches (1994) alerta que o campo das políticas de combate à pobreza é eminentemente seletivo, embora as políticas sociais principalmente as de cunho estrutural devam ser universais, como saúde, educação, saneamento etc. Todavia, a focalização é alvo de muitas críticas entre políticos e estudiosos do tema. Para Tavares (2003) a focalização significa o pagamento da dívida em detrimento da política social e para outros, como, por exemplo, Draibe (1998) a focalização pode ser positiva, na medida em que facilita o acesso a bens e serviços de grupos populacionais excluídos, equalizando, portanto, oportunidades sociais.

Com certeza, a focalização requer que se utilizem metodologias apropriadas para selecionar a população a ser atendida. Sobre isto Lavinias (2000 a) argumenta que os

gastos administrativos para organizar estruturas institucionais e de recursos humanos para proceder a seleção dos beneficiários é geralmente muito onerosa e, em geral, superam o custo do próprio programa.

Não obstante as questões mencionadas, o que parece crucial hoje é saber como reverter a lamentável constatação de que as políticas sociais focalizadas desenvolvidas no país não têm conseguido atender a totalidade da população potencialmente beneficiária (Silva, Yasbeck & Giovanni, 2004; Schottz, 2005). Sem dúvida, o resultado disso tende a ser a segmentação e estigmatização ainda maior dos pobres. Nesta direção, é relevante identificar as tendências e características assumidas pelos programas sociais focais voltados para o combate à pobreza na última década, assim como a relação que estabelecem com o sistema de proteção social preconizado na Constituição de 1988.

Nos anos 1990, a fome e a pobreza reaparecem com força na agenda pública, a partir, principalmente, de iniciativas da sociedade civil. Há, assim, uma politização da questão e o centro do debate circunscreve-se ao imperativo de resgatar a construção da cidadania entre nós, considerando a pobreza como realidade inaceitável para o padrão civilizatório existente.

O início da década é marcado por intensa mobilização da sociedade civil, conjuntura em que se observa o deslanchar do Movimento pela Ética na Política, em 1993, e a Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida, coordenado pelo sociólogo Herbert de Souza (Betinho), visando enfrentar em escala nacional o problema da fome e da pobreza através de redes de solidariedade. Ganha destaque também a criação do Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA), resultado das propostas do governo paralelo do Partido dos Trabalhadores (PT), estruturado após a derrota do candidato Lula nas eleições de 1989, e apresentadas ao então presidente Itamar Franco em 1993, que assume após o impeachment do presidente Fernando Collor.

Neste contexto, tendo como referência o Mapa da Fome, elaborado pelo IPEA em 1993, que identifica a existência de 32 milhões de indigentes, coloca-se em ação a campanha contra a fome, com grande participação voluntária da população, organizada em inúmeros comitês espalhados pelo país.

Para Telles (1998), embora este programa tenha se restringido à atuação sobre o emergencial, ele teve o mérito de colocar na agenda pública a temática da pobreza e da fome, abrindo um campo de debate na mídia, universidades, meios empresariais, empresas estatais passando por profissionais liberais e funcionários públicos.

Draibe (1998) considera que o Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida (PCFM) elaborado pelo CONSEA em articulação com o movimento liderado pelo Betinho, teve duração muito curta e, embora tenha mobilizado fortemente a sociedade brasileira, apresentou impacto insignificante com relação aos problemas inerentes à pobreza. Com efeito, o desenvolvimento destas ações encontrou limitações como restrição orçamentária, precariedade de funcionamento das instituições públicas, dificuldade de articulação entre diferentes órgãos do governo, bem como deparou-se com as dificuldades culturais para frear o clientelismo.

No entanto, sem desconsiderar as argumentações mencionadas, é em torno deste debate que ganha relevância a questão do direito à alimentação, as relações entre saúde e nutrição, bem como as discussões referentes ao papel da iniciativa privada e organizações não governamentais (Draibe, 1998; Telles, 1998). Apesar das críticas à chamada Campanha do Betinho, houve o registro da necessidade de se buscar alternativas eficazes para a crise social dos anos 1990.

De acordo com Telles (1998), no entanto, a questão da pobreza perde centralidade no panorama político do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), principalmente após o ano de 1995 com a implantação do Plano Real. A autora entende que, neste período, tal debate não foi suficientemente politizado, o que favoreceu a compreensão de que a pobreza poderia ser tecnicamente administrada. Um exemplo disto foi a extinção do CONSEA, o que denota que o tema da segurança alimentar é secundarizado e o eixo norteador da política de combate à pobreza volta a ser a focalização de programas em grupos em situação de extrema vulnerabilidade social.

Com relação ao processo de implantação da assistência social como política pública, diversos autores (Telles, 1998; Costa, 1998) registram que no governo FHC houve permanente tentativa de romper com o modelo constitucional e o maior exemplo disso foi a criação do Programa Comunidade Solidária (PCS). Este programa instituiu uma estrutura paralela e à margem da Lei Orgânica da Assistência Social, privilegiando o desenvolvimento de projetos sociais em parcerias com Organizações Não-Governamentais (ONGs) em detrimento, de certa forma, do aprofundamento do protagonismo das secretarias estaduais e municipais de assistência. No governo FHC, o Programa Comunidade Solidária desempenhou importante papel na difusão de uma imagem de inovação da gestão no campo social. O PCS não possuía prerrogativas executivas, assim a inovação com relação às ações de combate à pobreza estaria na

articulação dos diferentes programas já existentes nos ministérios. Sobre o principal programa de combate à fome e à pobreza do governo FHC, o Programa Comunidade Solidária, Telles afirma:

“Longe de ser perfumaria de primeira-dama, opera como uma espécie de alicate que desmonta as possibilidades de formulação das políticas sociais regidas pelos princípios universais dos direitos e da cidadania: implode prescrições constitucionais que viabilizariam integrar as políticas sociais no sistema de Seguridade Social previsto na Constituição de 1988, passa por cima dos instrumentos previstos nas formas da lei, desconsidera direitos conquistados e esvazia as mediações democráticas construídas, sempre sob suspeita de incompetência e corporativismo” (1998:112).

Com base em Draibe (1998) e Burlandy (2003), Schottz (2005) elenca os pontos fracos mais evidentes do PCS, quais sejam:

“Estrutura paralela à proteção social; decisão centrada no executivo federal; privilegiamento de programas clientelistas; transferência do dever do Estado de garantir proteção social para a sociedade civil; baixa cobertura da população potencialmente beneficiária e descontinuidade das ações dos programas” (2005: 32).

No entanto, Draibe (1998) argumenta que o PCS inovou no campo das políticas sociais porque, dentre outras questões, privilegiou ações integradas e introduziu a noção de território como estratégia de implementação de programas sociais.

O Comunidade Solidária vigorou até 2002, e no segundo mandato de FHC teve maior visibilidade o Programa Comunidade Ativa. Segundo Fleury (2003), o objetivo deste programa era potencializar os recursos existentes nas próprias comunidades para o desenvolvimento de ações sustentáveis de combate à pobreza. Quando findou o governo de Fernando Henrique Cardoso, este programa transformou-se na ONG COMUNITAS.

A partir de meados dos anos 1990, para além do PCS, verificam-se outras iniciativas de política social voltadas para o combate à pobreza, marcadas especialmente pela inauguração² de programas municipais e federais de transferência de renda.

² Sabe-se que a renda mensal vitalícia criada nos anos 1970 foi o primeiro programa de transferência de renda do país, porém a idéia de inauguração não se justifica em função das novas características que o programa assume no cenário específico de desemprego estrutural, seja em termos das contrapartidas, seja com relação ao público beneficiário.

1.2.3) Emergência dos programas de transferência condicionada de renda no Brasil

Assim como nos países desenvolvidos, nos anos 1990, no Brasil, o debate sobre os programas de transferência de renda se situa numa conjuntura marcada pela reestruturação do mundo do trabalho e pelas elevadas taxas de desemprego. Todavia, como vimos, já na década de 1970 vários países da Europa central adotam essa modalidade de programa social como alternativa para enfrentar a crise do trabalho e a incapacidade dos sistemas de proteção social de responder as demandas da nova pobreza, consequência da desestruturação da sociedade salarial (Castel, 1999). No caso brasileiro, a situação é ainda mais grave porque as velhas questões sociais convivem com a chamada nova pobreza, provocada, aqui também, pelo desemprego estrutural e precarização nas relações de trabalho. Acrescenta-se a isso, o fato de que a estrutura de proteção social brasileira – marcadamente fragmentada - apresenta-se incapaz de responder as demandas e desafios sociais de nosso tempo. É, então, no contexto de iniciativas que visam superar tais problemas através de reformas no arcabouço institucional das políticas sociais que surgem as primeiras experiências de programas de transferência de renda. Estes programas constituem-se na principal estratégia de enfrentamento da pobreza dos governos municipais e estaduais (em um primeiro momento) e do governo federal, já nos anos 2000.

Segundo Silva e Silva (1996:3), os programas de renda mínima podem ser definidos como *“transferências monetárias a indivíduos ou a famílias, prestada condicional ou incondicionalmente, complementando ou substituindo outros programas sociais, objetivando garantir um patamar mínimo de satisfação das necessidades básicas”*.

O debate sobre as possibilidades de implantação destes programas no país tem início em 1991 quando o projeto de lei, número 80/91, de autoria do senador Eduardo Suplicy (PT/SP), é aprovado no Senado Federal. Este projeto propõe que todos os indivíduos com mais de 25 anos e com renda inferior a 2,5 salários mínimos tenham direito a uma renda mínima incondicional³ equivalente a 30% da diferença entre a renda

³ Em 2001, o senador Suplicy apresenta outro projeto propondo a Renda Básica de Cidadania, cuja aprovação ocorre em 2004 no governo do presidente Lula. Este projeto mantém o foco no indivíduo com mais de 25 anos, porém altera as condições de elegibilidade, pois o benefício é destinado a todos indivíduos maiores de 25 anos, independente da renda, local e tempo de moradia, incorporando inclusive os estrangeiros aqui residentes. O projeto deveria ser implantado de forma gradual a partir de 2005. A

do indivíduo e 2,5 salários mínimos. Contudo, posteriormente defende-se a estratégia mais flexível de implantar o programa de forma gradual em acordo com diferentes grupos etários. A intenção é priorizar os mais velhos até alcançar a população jovem.

Como mostram Draibe, Fonseca e Montalli (1996) na época da apresentação da proposta no Senado, todos os partidos foram favoráveis. No entanto, o projeto não chegou a ser aprovado na Câmara Federal, permanecendo em tramitação durante muitos anos. Segundo Macedo e Brito (2004) houve resistência na aprovação em função da avaliação de que seria necessário um volume muito grande de recursos para executá-lo.

Contudo, a partir de 1993, a discussão sobre os programas de transferência de renda adquire nova dimensão em razão, especialmente, do artigo - “Os Miseráveis” - publicado pelo acadêmico José Márcio Camargo no jornal Folha de São Paulo. Este artigo influenciou fortemente as experiências de programas de transferência de renda no país. José Márcio Camargo propôs que a transferência de renda se constituísse atrelada ao acesso à educação e destinada especificamente às famílias com filhos em idade escolar (5 a 16 anos). Aqui, a seleção das famílias atende ao critério de inserção (matrícula) na escola, não havendo especificação de um dado corte de renda. A partir daí, os programas efetivamente desenvolvidos apresentam, em seu desenho operacional, o objetivo de focalizar as famílias pobres e associar o benefício à exigência de contrapartida, como a frequência escolar.

Campinas é o primeiro município a criar um programa nos moldes acima descritos, sendo que a sua formulação data do final de 1994 e a implementação efetiva começa no início de 1995. No mesmo período, teve início em Brasília, na gestão do então governador Cristóvam Buarque, a execução do Programa Bolsa Escola (PBE). Este programa transferia um salário mínimo (SM) para as famílias que tivessem ganhos mensais de até meio salário mínimo *per capita*, com crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos e que residissem há pelo menos cinco anos no município.

Segundo pesquisa coordenada por Draibe (1996), há nesta época acelerada multiplicação de programas em execução, além de mais de cem projetos de lei municipais, estaduais e federais em tramitação nas diversas instâncias legislativas do país. Neste trabalho Draibe, Fonseca & Montali (1996) identificam todos os programas brasileiros de transferência de renda – ou programas de renda mínima como são mais conhecidos – tanto em execução quanto os que estavam em algum estágio de

formulação ou em processo de votação nos legislativos locais.

O florescimento destes programas tem chamado a atenção de pesquisadores e formuladores de política porque além de apresentarem inovações do ponto de vista de sua institucionalidade podem trazer novas possibilidades de enfrentamento da pobreza (Draibe, 1996). Com efeito, a principal pergunta que se faz com relação a estes programas é: Que tipo de impacto eles podem ter na reprodução da pobreza no país?

A pesquisa desenvolvida por Draibe, Fonseca & Montali (1996) busca, em certa medida, contemplar tal preocupação, mas esmera-se, sobretudo, na análise do desenho operacional e das especificidades do processo de implantação dos primeiros programas de transferência de renda no Brasil. Este estudo é da mais alta relevância, pois, além de pioneiro no mapeamento dos programas e na indicação de uma perspectiva metodológica para a realização de avaliações, aponta os aspectos favoráveis e as principais dificuldades dessas experiências no país. Dessa forma, a análise realizada em nove programas que efetivamente estavam em desenvolvimento (Distrito Federal, Campinas/SP, Ribeirão Preto/SP, Jundiaí/SP Santos/SP, Belo Horizonte/MG, Vitória/ES, Salvador/ BA e Boa Vista/RR) leva em conta os objetivos dos programas, critérios de elegibilidade, prioridades e sistemas de pontuação para seleção das famílias, modalidades de cálculo de renda e do valor do benefício, existência de lista de espera, vinculação institucional e recursos previstos para a realização do programa.

Ao contrário do que preconizava a proposta do senador Eduardo Suplicy, a maioria das experiências privilegiou focar a família ao invés do indivíduo. Apenas o programa de Jundiaí (SP) permitia o acesso tanto do indivíduo quanto das famílias.

Sobre a questão do foco na família, tendência que se observa a partir dos anos 1990 em diversas áreas de política social, Fonseca (1998) e Draibe, Fonseca & Montali (1996) argumentam que esta concepção de família presente no desenho do programa esteve repleta de idéias pré concebidas, principalmente porque não foi considerada a heterogeneidade dos arranjos familiares contemporâneos. Assim, em geral, os programas definiam a mulher como chefe da família e conseqüentemente como titular do programa. Fonseca (1998) argumenta que, tendo em vista a intenção de formular programas dirigidos às famílias é preciso aprofundar os conhecimentos sobre os diferentes modos de organização familiar, bem como compreender as hierarquias de poder intra familiar na atualidade.

Também é digno de registro o fato de que não era a tônica desses programas o

desenvolvimento de ações voltadas para a inserção de adultos no circuito de bens e serviços ou programas de qualificação profissional, embora houvesse algumas exceções. Tais programas, no entanto, se destacavam por introduzir as chamadas condicionalidades que, além do critério renda, exigem as seguintes condições para ser beneficiário: manutenção das crianças na escola, inserção nos programas de atenção básica à saúde e participação em atividades sócio-educativas.

Assim, as condicionalidades vinculadas à saúde e educação estavam dirigidas aos grupos com idade entre 6 meses e 15 anos, gestantes e nutrízes. Uma característica peculiar do programa no Distrito Federal era o procedimento de inscrição automática no Sistema Nacional de Emprego caso houvesse pessoas desempregadas na família. Da mesma forma, o Programa Família Cidadã de Vitória buscava articular ações de cunho mais estrutural ao benefício monetário. Nesta experiência, os implementadores encaminhavam as famílias para programas de geração de renda existentes.

Uma outra característica de alguns dos programas de transferência de renda implantados nos anos 1990 é a utilização de um gradiente que pontua diferentes aspectos que determinam as condições de pobreza e vulnerabilidade social. Draibe, Fonseca & Montali (1996) identificam que os programas do Distrito Federal e Salvador, priorizavam, no momento da seleção dos beneficiários, as que tivessem crianças desnutridas, idosos ou deficientes físicos em sua composição. Os autores reconhecem que se trata de experiência interessante visto que agregar outras variáveis, além da renda, para dimensionar a pobreza é, de fato, entendê-la como um fenômeno multidimensional. Entretanto, Silva, Yasbeck & Giovanni (2004) entendem que no caso específico das experiências mencionadas, esta estratégia de implementação funcionou como um forte dispositivo de fragmentação da pobreza devido aos poucos recursos financeiros destinados à implementação destes programas.

Draibe, Fonseca & Montali (1996) também analisaram as características da vinculação institucional e verificaram uma variedade de situações, tais como: Em Boa Vista e no Distrito Federal os programas estavam ligados à Secretaria de Educação e em Campinas à Secretaria Municipal das Famílias e da Ação Social (criada especificamente para esse fim). Devido a conflitos internos, em Ribeirão Preto o programa esteve sob a responsabilidade da Secretaria de Governo. Por fim, em Belo Horizonte, diferentemente das demais localidades, o programa foi coordenado por uma Organização Não Governamental.

Magalhães et al. apontam alguns aprendizados produzidos no contexto das experiências pioneiras dos programas de transferência condicionada de renda nos anos 1990:

“Ainda que alguns problemas tenham sido perpetuados, o aprendizado obtido a partir dos avanços e das deficiências das experiências municipais e estaduais foi estratégico para o desenho das novas iniciativas. De um lado, a avaliação positiva da articulação da transferência de renda com as demais políticas de saúde e educação e do foco na família e, por outro lado, a percepção das iniquidades geradas a partir das diferenças profundas na capacidade financeira e institucional dos municípios e estados ajudaram a conformar as intervenções na área” (2005: 28).

Na esteira deste processo, em 1997 o governo federal promove iniciativa relevante que incentiva a execução de programas de transferência de renda no país. Trata-se da promulgação da lei do Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) que autorizava ao governo federal a conceder 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.

Todavia, se, por um lado, esta iniciativa constituiu-se na ocasião em importante mecanismo de indução, por outro, a questão do financiamento permaneceu ainda assim como o maior obstáculo à multiplicação destes programas, haja vista a carência de recursos que se verifica nos municípios brasileiros, a maioria deles de pequeno porte (Lavinias e Versano, 1997).

Interessa, portanto, salientar que os Programas de transferência de renda ganham destaque na agenda governamental na década de 1990, momento em que os executivos municipais, já dispunham de relativa autonomia financeira e política resultante do processo de descentralização das políticas sociais, passam a formular e implementar esta modalidade de programa social.

Dentre as iniciativas federais, e em paralelo ao Programa Comunidade Solidária, é criado, em 1996, o Programa “Vale Cidadania” que visava reduzir o número de crianças e adolescentes em atividades laborais, principalmente na área rural. Este programa, instituído sob forte influência de organizações internacionais, como por exemplo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), deu origem posteriormente ao programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)⁴. Também neste mesmo contexto,

⁴ Atualmente o PETI está implantado em quase todo o país e recentemente foi unificado no

em 1996, é implementado o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Em 2001, inspirado na experiência do Distrito Federal, é instituído o Programa Nacional de Garantia de Renda Mínima vinculado à Educação do Ministério da Educação. Este programa tinha como público-alvo famílias com filhos e exigia o cumprimento de contrapartidas. O objetivo era atender crianças e adolescentes de 6 a 15 anos com renda *per capita* familiar de meio salário mínimo. O valor do benefício era de R\$15,00 por criança ou adolescente, sendo o limite de R\$45,00 por família. A Caixa Econômica Federal fazia os pagamentos do benefício e neste programa verifica-se a introdução do cartão magnético. O município se responsabilizava pelo cadastramento e seleção das famílias, bem como pela oferta e acompanhamento das condicionalidades. O desenho do programa exigia que os membros adultos das famílias participassem de atividades educativas, sendo também criado um conselho específico para a realização do controle social.

Também em 2001 é criado o Programa Bolsa Alimentação (PBA) do Ministério da Saúde que substitui as ações de distribuição de óleo e leite realizadas pelo programa denominado Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN). O PBA atendia as crianças de 6 meses até 6 anos e nove meses, gestantes e nutrizes em risco nutricional com renda *per capita* familiar de até meio salário mínimo. A exemplo do PBE, o Bolsa Alimentação transferia um crédito que não podia ultrapassar R\$45,00 por família. De igual modo, previa uma agenda de compromissos que devia ser cumprida através do acesso das gestantes e nutrizes aos serviços de saúde. O principal objetivo deste programa era melhorar o padrão alimentar e a condição de nutrição das crianças e gestantes. Sem dúvida, essa iniciativa apresenta importante inflexão do ponto de vista das ações tradicionais nesta área, visto que o governo federal passa a transferir um benefício monetário ao invés da distribuição de cestas básicas e alimentos in natura. Em geral, estudos nessa área demonstram que esta modalidade de intervenção é mais eficaz para o combate à desnutrição. Entretanto, há certo consenso de que o valor do benefício é pífio considerando que o alimento é compartilhado por todos os membros da família.

De acordo com Silva, Yasbek e Giovanni (2004), no mesmo ano, em 2001, é instituído o Programa Agente Jovem que objetivava atender a jovens com idade entre 15 e 17 anos e com renda *per capita* familiar inferior a meio salário mínimo. A bolsa no valor de R\$65,00 exigia o cumprimento de frequência escolar superior a 75%, além de

participação em atividades comunitárias.

O Auxílio Gás⁵ é outro programa federal que visava transferir um crédito no valor de R\$13,00 às famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo ou que fossem beneficiárias de outros programas sociais.

Nessa ocasião, o governo federal iniciou a implementação do Cadastro Único, cujo objetivo era fazer um mapeamento da população pobre no país. Trata-se de iniciativa relevante, porém é somente no governo Lula que o Cadastro Único é extensivamente implementado no país.

No governo do presidente Lula, o primeiro programa de transferência de renda criado foi o Programa Cartão Alimentação (PCA) que, na época, era gerido pelo então Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA)⁶. Segundo Magalhães et al:

“As famílias atendidas pelo PCA eram cadastradas em seus municípios por um Comitê Gestor local, composto por representações do governo estadual, do governo municipal e da sociedade local. 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. O PCA foi implantado, inicialmente, em municípios do Semi-Árido do Nordeste e do norte do estado de Minas Gerais, priorizados devido à severa estiagem que atingiu a região no ano de 2003” (2005: 33).

Silva (2001), também em importante pesquisa que procura caracterizar as tendências dos programas de transferência de renda no Brasil, enumera diversas qualidades e também alguns aspectos problemáticos dessas experiências. Quanto às qualidades, destaca: (1) a transferência monetária como um programa voltado para a inserção da população que está fora do mercado de trabalho no sistema de proteção social, rompendo assim com o caráter meritocrático de nossa política social; (2) a transferência monetária como complementação de outras políticas, comportando a perspectiva de articulação do emergencial com mecanismos estruturais fundamentais para enfrentar a pobreza (é o caso do Programa Bolsa-Escola, por exemplo); e (3) a transferência monetária como complementar ao sistema de proteção social existente e

⁵ A instituição do Auxílio Gás ocorreu numa conjuntura em que teve fim o subsídio aos botijões GLP de 13 kg usado no consumo doméstico.

⁶ Este ministério é posteriormente extinto e suas funções passam a ser de responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado em 2004.

não como uma estrutura substitutiva.

Dentre os aspectos problemáticos, a autora ressalta: (1) o objetivo de romper o ciclo vicioso da pobreza esbarra na discutível qualidade da educação, principalmente se pensarmos nas exigências atuais do mercado de trabalho; (2) dificuldades de articulação dos Programas de transferência de renda com outros programas sociais; (3) a utilização de critérios de elegibilidade como renda e tempo de residência (a renda, além de ser um critério insuficiente para qualificar a pobreza, é difícil de ser comprovada; o tempo de residência - geralmente exige-se que a família resida no município há pelo menos 2 anos - também é entendido como um aspecto limitador do programa, uma vez que os migrantes constituem as parcelas mais pobres da população); e (4) o tempo de permanência no programa, normalmente de 2 anos, tem demonstrado que após o desligamento as famílias retornam a situação de pobreza anterior.

Acrescenta-se a estes constrangimentos, a dificuldade de continuidade e sustentabilidade de tais programas, já que dependem da prioridade política do governante de “plantão”, como também da capacidade de financiamento dos diversos entes da federação.

Embora os programas de transferência de renda estejam alcançando um nível mais amplo de focalização (na população com maiores necessidades) do que os outros programas sociais brasileiros, estes ainda permanecem restritos à pobreza extrema. Por isso, Silva (2001) chama a atenção para o risco de fragmentar a pobreza ao invés de realizar uma focalização efetiva em todos aqueles que necessitam. A prova disto é a baixa cobertura destes programas, onde famílias vizinhas que possuem as mesmas necessidades não conseguem ter a mesma oportunidade de acesso aos benefícios.

Assim, para além do debate sobre o lugar que a pobreza tem ocupado na agenda pública e na priorização dos gastos, talvez, aqui, seja necessário pensar as formas pelas quais se tem formulado o conceito de pobreza, bem como as metodologias utilizadas para sua mensuração. A importância de tal questão reside no fato de que as decisões sobre o tamanho da focalização dos programas sociais são tomadas com base em determinadas concepções e escolhas metodológicas de estudos sobre pobreza.

A definição de quem é pobre no Brasil, ou seja, a fixação de linhas de pobreza é tarefa complexa. A visão de pobreza relativa é utilizada nos países ricos que consideram pobres todas as famílias com renda *per capita* inferior à média nacional. Entretanto, no Brasil quando se fala de pobreza está-se falando da chamada pobreza absoluta. Para

isso, vem-se utilizando a definição de uma cesta básica de alimentos que permita a satisfação de necessidades nutricionais mínimas de uma pessoa, considerando hábitos e preços das regiões do país. O valor necessário para adquirir a cesta básica conforma a chamada linha de indigência. Para calcular a linha de pobreza, somam-se os gastos com educação, vestuário, etc. Um problema relevante é que o Brasil não tem um cálculo oficial destes valores e, nesta direção, convivemos com diferentes linhas de pobreza e indigência (Rocha, 2003). Ademais, sabe-se que a pobreza é um fenômeno multidimensional, sendo insuficiente a utilização apenas do critério renda. Para captar a complexidade da questão, muitos pesquisadores vêm procurando construir indicadores sintéticos capazes, por exemplo, de incorporar as dimensões de gênero, geração, etnia e vulnerabilidades diversas. A consideração destas facetas de nossas desigualdades sociais é fundamental para a formulação de políticas sociais.

Os programas de transferência de renda, implantados em meados dos anos 1990, tem como objetivo enunciado combater a pobreza e a crescente desigualdade social. No âmbito desta nova agenda, os municípios foram protagonistas importantes, visto que o processo descentralizador favoreceu o pioneirismo na implementação de diversos programas de transferência de renda, principalmente em prefeituras governadas por partidos progressistas. De certa forma, tais iniciativas representam algumas das respostas dos governos locais à questão da pobreza.

São vários os dilemas que envolvem a implementação descentralizada das políticas sociais no Brasil, assim como a conformação de outro princípio constitucional fundamental ao reordenamento da relação Estado e Sociedade que é o controle social. O modo como tomam corpo estes princípios constitucionais deve ser problematizado, pois afetam diretamente a implementação dos programas de transferência de renda entre nós.

1.3) Constituição de uma nova institucionalidade no campo das políticas sociais

No que se refere aos principais dilemas da implementação das políticas sociais na atualidade, um primeiro aspecto a ser destacado é que, dada a complexidade das questões sociais contemporâneas, os desenhos dos programas sociais devem contemplar a ação coordenada das três esferas governamentais e dos diversos setores de um mesmo nível de governo, além da participação e controle sociais. A efetivação dos princípios constitucionais relativos à descentralização e controle social constitui processo em

andamento desde meados dos anos 1990, já tendo sido bastante analisado por diversos estudiosos (Arrecthe, 2000; Gerschman et alli, 1997).

Diferentemente destas duas diretrizes, a intersetorialidade não foi matéria constitucional e, conseqüentemente, esteve ausente da pauta da reforma das políticas sociais nos 1990. Este aspecto esclarece a escassez, pelo menos até o final da década de 1990, de produção teórica sobre o tema política social e intersetorialidade. Considerando a importância desta temática para refletir sobre os programas de transferência de renda – notadamente o Bolsa Família – mais adiante encontra-se destacado um item específico sobre o assunto.

1.3.1) Desafios postos à descentralização e controle social

A Constituição Federal de 1988 definiu um novo pacto federativo que resultou em mudanças quanto à transferência de capacidade decisória, funções e recursos para os estados e, fundamentalmente, para os municípios. Entretanto, estudiosos mostram que a descentralização de corte municipalizante acarretou a indefinição das competências e atribuições dos estados, criando um vazio no que se refere a medidas que atenuem as desigualdades regionais. Fica claro, então, que tais mudanças requerem um processo de transição em que a instituição de novas relações intergovernamentais está condicionada pela capacidade de negociação de diversos conflitos e interesses, como também dependem do redesenho de objetivos, funções e reforma administrativa das agências governamentais, que agora possuem novas atribuições. Não obstante as dificuldades verificadas na experiência de descentralização, é inegável que há um processo de redefinição de atribuições e competências que modifica radicalmente o padrão centralizado de produção de políticas, especialmente nas áreas sociais (Monnerat, Senna & Gonçalves, 2002).

A descentralização das políticas sociais no país é um fenômeno bastante heterogêneo e o maior desafio é fazer com que este processo tenha efeitos positivos com relação às históricas desigualdades inter-regionais. Talvez um dos maiores obstáculos seja a persistência de uma lógica de relacionamento intergovernamental fortemente competitiva, em detrimento de interações cooperativas. Abrúcio (1993) argumenta que sistemas federativos bem sucedidos são aqueles que logram articular processos de descentralização com certo grau de centralização e contam com elevado grau de

cooperação entre os entes da federação.

Sendo assim, um dos maiores desafios do processo de descentralização do Estado refere-se à instituição de relações intergovernamentais cooperativas. A literatura especializada demonstra que os conflitos entre os entes da federação são mais aguçados em estados federativos com sistema partidário competitivo, pois os cargos no executivo e nas agências governamentais são altamente disputados. Essa mesma lógica competitiva também é responsável pelas tentativas de transferência dos custos políticos e financeiros da gestão das políticas sociais para outros níveis de governo (Arretche, 2000). Deste modo, a situação ideal é que haja canais de negociação entre os diferentes níveis de governo, tendo em vista a elaboração de pactos de condutas que favoreçam a cooperação (complementariedade entre estados, municípios e União), conformando assim um equilíbrio entre cooperação e competição nas relações intergovernamentais (Burlandy, 2003). Em referência a esta questão Gerschman & Viana destacam que:

“A construção de um pacto cooperativo nos moldes previstos constitucionalmente, ou seja, com ampla participação da sociedade, suporia uma profunda alteração do Estado, fundada no reconhecimento e no consenso de, antes de mais nada, diminuir as profundas desigualdades sociais na população e nas regiões do país e na transferência de poder político para os novos entes federados descentralizados. Isto suporia que a coluna vertebral do sistema federativo se localizaria na base do sistema” (2005:348)

Com base nisso, o papel a ser desempenhado pela União e também pelos estados, é fundamental para a promoção de uma descentralização equitativa, ressaltando-se aqui o protagonismo inquestionável do governo federal. Estas preocupações estão ancoradas no reconhecimento de que a descentralização pode agravar as desigualdades numa situação em que os municípios (principalmente os de menor porte) tenham que responder as demandas sociais com (apenas) os recursos disponíveis no nível local. Ademais, a efetividade da descentralização requer, além de aporte maior de recursos financeiros para os municípios, a criação de mecanismos que fortaleçam as estruturas político-institucionais e capacidade técnica dos entes federados.

As relações entre descentralização e persistência da tradição clientelista do poder local no país é outro ponto que merece ser destacado. Sabe-se que a descentralização não elimina o clientelismo, embora houvesse na década de 1980 muita expectativa de que este aspecto de nossa cultura política fosse minimizado a partir da municipalização das políticas sociais e da efetivação do controle social. É fato que, em geral, a

descentralização favoreceu o surgimento de novos atores no cenário municipal, mas também não é incomum a constatação de que, em alguns casos, a elite local foi capaz de se redimensionar e manter a tendência de super-representação na vida social local (Burlandy, 2003). de fato, estas são questões complexas que se configuram no entrelaçamento das características mais gerais da cultura política nacional e das especificidades do poder local.

Diversos trabalhos empíricos demonstram a heterogeneidade de experiências de descentralização desenvolvidas no país que se devem a variáveis, tais como: **capacidade de articulação de atores relevantes nas arenas setoriais, capacidade técnica e política de estados e municípios para a implementação de políticas, adoção por parte do governo federal de mecanismos de financiamento atraentes, características do poder local**, dentre outras questões (Arrecthe, 2000).

A reflexão sobre a institucionalidade das políticas sociais também exige que se compreenda as iniciativas efetivadas no sentido da constituição de esferas públicas para a deliberação e fiscalização das ações desenvolvidas. Trata-se de considerar a criação de inúmeros conselhos de políticas e programas sociais na última década, cujo desempenho vem expressando as diferenciações entre diversas áreas de política e entre estados e municípios.

A participação e controle social se configuram, a rigor, como diretrizes que devem reger a organização e gestão das políticas públicas e, em especial, as políticas sociais. Esta institucionalidade, como já mencionado, está prevista na Constituição de 1988 e reflete os ideais democráticos presentes no contexto da transição democrática no país. A tradução prática desta diretriz constitucional se dá através da criação de vários conselhos de programas e políticas sociais, cujo objetivo maior é promover maior grau de *accountability* e de responsabilização dos governos.

Não obstante a importância das experiências de implementação dos conselhos de políticas sociais, o que se observa nos últimos anos é a grande dificuldade de alcançar os objetivos formulados pelas forças políticas democráticas no final dos anos 1970 e anos 1980.

Nesta conjuntura de transição democrática, os movimentos sociais expressaram suas demandas por direitos políticos numa forte perspectiva de oposição à ditadura militar e, conseqüentemente, os direitos sociais passam também a ser objeto de reivindicação (Gerschman, 2004). Os chamados novos movimentos sociais vocalizam

demandas de vários grupos sociais que historicamente estiveram à margem do processo político. Neste cenário, não só os sindicatos se (re)articulam em novas bases políticas e organizativas, como também surgem outras formas de organização da sociedade civil pautadas em diferentes tipos de identidade. É o caso do movimento de mulheres, das donas de casa das periferias das grandes cidades, dos grupos ecológicos, dentre outros. Para Gerschman, todos esses movimentos eram portadores de demandas que buscavam ampliar os direitos de cidadania através de políticas sociais. Esta análise está sintetizada no trecho que segue:

“Foi precisamente a idéia de cidadania como motor dos movimentos sociais que promoveu a formação de uma identidade entre portadores de “iguais” carências e que conduziu à inclusão dos direitos sociais nos direitos de cidadania. As políticas sociais, adquirindo o sentido de instrumento da justiça social, passaram a ser o fio transmissor entre a sociedade e um Estado omissivo no período. A interdição do Estado torna-se insuficiente para controlar a ação coletiva destes novos atores, passando os movimentos sociais a se articular enquanto organismos políticos de representação da sociedade. A sua contrapartida, no exercício da política governamental já na democracia, os Conselhos Societários, se constituíram em tema central das políticas sociais e atravessaram a discussão política até o fim da década de 80” (Gerschman, 2004:1672).

Estes movimentos sociais influenciaram fortemente as decisões constitucionais, principalmente no que se refere à incorporação dos conselhos como arenas decisórias do processo de formulação e implementação das políticas públicas. Com efeito, a inclusão dos conselhos na Constituição Federal de 1988 é fruto da luta social de grupos progressistas da sociedade civil, cujo objetivo maior é reverter o padrão autoritário de relação Estado e Sociedade.

Draibe (1998) assinala que nos anos 1990 foram criados aproximadamente 25 conselhos nacionais de políticas sociais. Hoje estas arenas estão institucionalizadas em todo o país, sobretudo porque fazem parte das condições para efetivar o repasse de recursos (das políticas setoriais) do governo federal para os municípios.

Entretanto, um olhar mais acurado sobre a experiência de funcionamento dos conselhos mostra que, se por um lado, tal incentivo financeiro foi responsável pela proliferação destas instâncias de participação nos quatro cantos do país, por outro, não foi capaz de reverter as dificuldades de construção de processos decisórios realmente democráticos no campo da política social.

Há inúmeros estudos que se dedicam a analisar e avaliar o processo de implementação da participação e controle social no âmbito das políticas sociais. Os

estudos no campo da saúde são bastante numerosos e especialmente fecundos, em razão da larga experiência desta área de política no desenvolvimento dos conselhos de controle social.

Trabalhos como os de Gershman (2004) e Labra & Figueiredo (2002) demonstram bem os dilemas da implementação da participação social no contexto dos conselhos de saúde. Labra (2002) enfatiza que a dificuldade de participação da sociedade civil nestes espaços se dá, dentre outras questões, devido à interferência dos gestores locais. Neste caso, é recorrente a nomeação de pessoas ligadas à administração pública, o que, sem sombra de dúvida, constrange a representação de interesses nestas arenas de participação. A autora sinaliza que este fenômeno, ou seja, a fragilidade das instâncias participativas é mais comum onde o capital social é limitado. Interessante acrescentar que este tipo de interferência, cujo caráter é bastante negativo porque vai na contramão da constituição de espaços públicos de decisão, não ocorre somente pela via do poder executivo, mas também através da permeabilidade do poder legislativo nestas arenas de participação. Em alguns municípios esta é uma prática muito arraigada, principalmente naqueles em que prevalecem a cultura e práticas clientelistas.⁷

Uma outra questão bastante apontada na literatura e observada em pesquisas é a forte burocratização do funcionamento dos conselhos. No campo da saúde, é comum entrar na pauta das reuniões dos conselhos questões que não se referem propriamente à formulação e implementação da política de saúde⁸, ocorrendo, de fato, um processo de despolitização desta esfera de decisão.

Da mesma forma, falta aos conselheiros informação adequada e qualificada para realizar o debate e deliberações relativas ao controle social. A debilidade de informação técnica e política dos conselheiros é um dos fatores que mais contribui para a fraqueza

⁷ O caso do município de São Gonçalo é emblemático. É absolutamente comum os profissionais de saúde se queixarem das interveniências dos vereadores no cotidiano do trabalho. Até o final dos anos 1990, os vereadores “indicavam” as chefias das unidades básicas de saúde que, na maioria das vezes, era ocupada por pessoas da comunidade e não por técnicos do setor. Quando no início desta década teve início a implantação do Programa Saúde da Família, a resistência foi enorme. Neste contexto de predominância de relações clientelistas, as razões desta resistência são óbvias (Monnerat, Senna & Souza, 2000; Senna, Souza & Monnerat, 2003 e Senna, 2004). Na atualidade, a presença do poder dos vereadores também pode ser observada na composição do conselho municipal de saúde na medida em que alguns vereadores se fazem representar através de instituições filantrópicas comandadas por membros de seu próprio gabinete e/ou familiares. (Senna, M., Monnerat, G.L., Souza, R.G. Relatório pesquisa integrada UFF/ UERJ - “Implementação da Integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde: um estudo da região metropolitana do Rio de Janeiro, financiada pelo CNPq).

⁸ Mais uma vez o exemplo é São Gonçalo. Até o final dos anos 1990, o principal ponto de pauta das reuniões do conselho municipal de saúde se referia à deliberação de pedidos individuais de prótese, órtese e outras coisas deste tipo.

desta arena decisória. Sobre este aspecto, Gerschman afirma:

“As questões sobre as quais o Conselho delibera, ainda que centrais à orientação do SUS, fogem a uma capacitação adequada dos conselheiros. Ou seja, estes não possuem nem a força política, nem a informação, nem os conhecimentos especializados necessários para agir de maneira decisiva nas deliberações do Conselho” (2004:1677).

Diante de tais questões, vê-se que os conselheiros passam a participar de forma burocrática e formalista tendendo, assim, a legitimar as decisões tomadas nestas instâncias. Ademais, nos municípios de pequeno e médio porte ocorre o fenômeno da participação das mesmas pessoas ou grupos nos diferentes conselhos de políticas sociais existentes. Neste cenário de “inflação de conselhos” ou “conselhismo”, há um acúmulo de responsabilidade sobre as mesmas pessoas ou grupos, derivando daí um tipo de participação bastante desqualificada na medida em que as condições objetivas de preparação para a função são precárias. Somam-se a isso os dilemas da representação e legitimidade dos conselheiros eleitos. Com relação aos problemas da representação dos usuários nos conselhos de saúde, Gerschman argumenta que:

“Os conselheiros podem representar uma entidade ou um segmento específico da comunidade, religioso ou de outro tipo, mas o exercício da representação requer organizações políticas com capacidade de vocalização e potencialidade de gera espaços de poder. Considerando-se que este é um espaço não preenchido atualmente, o interesse da comunidade nos conselhos se dilui. O que faz com que o círculo virtuoso da representação se complete é a prestação de contas dos conselheiros e a transmissão das discussões realizadas no âmbito dos Conselhos às suas bases (...)” (2004:1676,1677).

Além de tudo, a natureza das decisões dos conselhos⁹ é altamente complexa, o que por si só demanda forte política de capacitação dos conselheiros. Cabe ressaltar que ainda é grande a fragilidade de indução de ações de formação e capacitação destes atores em âmbito nacional, o que pode ser atribuído à debilidade de incentivos federais nesta área. Nestas circunstâncias, a experiência de implementação destes conselhos tenderá a ser tão heterogênea quanto a realidade política, econômica e social do país.

As instâncias de participação social, ou seja, os conselhos de políticas representam esforços no sentido de redemocratização do processo decisório em torno das políticas sociais. Trata-se da formalização de arenas institucionais de caráter deliberativo, que, em tese, deveriam circunscrever experiências democráticas.

⁹ São decisões relativas a aprovação de orçamento, elaboração do plano municipal de ação referente à política setorial, dentre inúmeras outras questões.

Entretanto, este campo de práticas não se constitui necessariamente em algo virtuoso, e, de fato, a expectativa de efetivo aumento de poder decisório por parte da população usuária dos serviços públicos ainda é uma intenção não realizada. Mas, como mostram Labra & Figueiredo (2002) a participação nos conselhos pode contribuir para acumular capital social. Esta é a aposta que continua na ordem do dia.

1.3.2) O imperativo de promover políticas públicas integradas: A intersectorialidade na ordem do dia

É importante salientar que, se por um lado, o aprofundamento do processo de descentralização do Estado na área social tem sido responsável por inúmeras conquistas no plano da intervenção social, por outro, vem demonstrando insuficiência para lograr alterações mais sustentáveis e profundas no que se refere às iniquidades sociais.

Desse modo, há certo consenso de que ainda existem várias lacunas no processo de formulação e implementação das políticas sociais e uma das principais debilidades apontadas pelos estudiosos do assunto é *a ausência de transversalidade das políticas sociais*. Está, assim, na ordem do dia o desafio de promover uma dada capacidade de gestão que seja capaz de minimizar as características históricas (e persistentes) de fragmentação e sobreposição de programas e políticas sociais.

O debate atual está fortemente marcado pelo discurso recorrente em torno da necessidade de se buscar maior sinergia entre as ações sociais para atingir grau aceitável de eficácia social das ações empreendidas. Na esteira dessa preocupação, a **intersectorialidade** surge como estratégia alternativa de gestão nas experimentações mais recentes no campo das políticas sociais, especialmente no que se refere ao desenho do Programa Bolsa Família. Entretanto, torna-se necessário resgatar as tentativas de romper com a fragmentação da ação governamental no campo social em nossa história recente.

1.3.2.1) Seguridade Social: perspectivas fracassadas de articulação intersectorial

Como demonstrado, a Constituição Federal de 1988, ao menos do ponto de vista normativo, supera a perspectiva de seguro social e inaugura a concepção de seguridade social entre nós. Busca-se, assim, “*romper com as noções de cobertura restrita a*

setores inseridos no mercado formal de trabalho e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, de modo a gerar mecanismos mais solidários e redistributivos” (Fleury, 2006 apud Monnerat & Senna, 2007:130). Decerto, a Constituição de 1988 ao adotar a noção de seguridade social incorpora novos direitos sociais e amplia a responsabilidade do Estado.

A incorporação da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a integram. No caso da saúde, o reconhecimento de que *a saúde é direito de todos e um dever do Estado* marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde. Na assistência social, é preciso reconhecer que, pela primeira vez, esta adquiriu o estatuto de política pública, abrindo possibilidades de rompimento com o legado assistencialista e clientelista. E mesmo na previdência social, na qual se mantém a lógica contributiva que requer uma base atuarial para garantir sua sustentabilidade, verifica-se afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, legitimando programas de transferência de renda do porte da aposentadoria rural (Fleury, 2006; Vianna, 2001; Monnerat & Senna, 2007).

O desafio, no entanto, diz respeito à articulação das três áreas de política, cujos legados institucionais, técnicos e políticos são regidos por lógicas diversas: “a saúde pela necessidade, a previdência pela condição de trabalho e a assistência pela incapacidade” (Fleury, 2006 a :114).

É consenso na literatura especializada a avaliação de que a seguridade social tal como inscrita na Constituição de 1988 não foi ainda, de fato, implementada (Fleury, 2006 a; Vianna, 2001).

Embora a perspectiva de um comando único para a seguridade social esteja expressa no texto constitucional, ao longo dos anos, esta diretriz vai-se tornando cada vez mais distante, dado que as várias reformas institucionais ocorridas apontam na direção oposta. Sólton Vianna alerta que nos anos 1990, a constituição da seguridade foi inviabilizada e um exemplo disso é que “(...) *os dois ministérios (MPAS e MS) que formavam a seguridade passaram a ser três com a partição do MPAS em dois: um para a previdência e outro para assistência social*” (Vianna, S. 2005: 9).

Apesar dos avanços em termos do arcabouço legal, muitos desafios são postos à efetivação da seguridade social. Em primeiro lugar, não se pode esquecer que a

definição da legislação infra-constitucional aconteceu em conjuntura política e econômica bastante adversa¹⁰. Assim, é possível dizer que a maior ou menor correspondência das leis orgânicas das diferentes arenas setoriais (saúde, assistência e previdência) aos dispositivos constitucionais está relacionada à capacidade política, organizativa e de resistência dos atores envolvidos com essas políticas (Monnerat & Senna, 2007: 135). Sobre esse ponto, Vianna (1998; 2001) argumenta que este conjunto de leis sedimentou caminhos diferentes para as áreas envolvidas na seguridade social e, por conseguinte, tornou mais difícil a articulação do sistema de seguridade social tal como inscrito na Constituição. Nesta direção, diversos autores (Vianna, 1998; Fleury, 2006 a; Monnerat & Senna, 2007) reconhecem que não houve uma defesa unificada dos atores vinculados à saúde, assistência e previdência para que a idéia de seguridade social fosse levada adiante.

A questão do orçamento é outro aspecto que deve ser levado em consideração na análise das razões do fracasso da seguridade social entre nós. Na verdade, não se conseguiu garantir que os recursos financeiros definidos constitucionalmente fossem, de fato, destinados à seguridade social. Cabe registrar que o período que segue a aprovação da Constituição é caracterizado por acirradas disputas entre os ministérios das áreas sociais e o ministério da Fazenda, por sua vez, passa a realizar reiterados contingenciamentos¹¹ dos recursos destinados às políticas sociais.

No entanto, a forte concorrência entre as áreas de política que deveriam compor a seguridade social também contribuiu para o fracasso da implantação da seguridade social. Vejamos a afirmação que segue:

“Para além das disputas com a área econômica, é preciso reconhecer os conflitos estabelecidos no interior da própria seguridade social. Diante desse quadro restritivo, prevalece a busca por soluções corporativas, cuja marca principal é a competição entre as áreas da previdência, saúde e assistência social por mais recursos, em detrimento de um esforço cooperativo em defesa da seguridade social” (Monnerat & Senna, 2007:138).

Como consequência ocorre a especialização das fontes de financiamento da seguridade por área de política social¹², o que acaba de vez com a pretensão

¹⁰ Como vimos, o governo Collor aprofunda o desenvolvimento de políticas neoliberais no país acompanhadas de fortes contingenciamentos do gasto social e de privatizações.

¹¹ Boa parte dos recursos que deveriam ser destinados à seguridade social é usada para custear gastos governamentais estranhos à seguridade social.

¹² “A previdência social, única com função arrecadadora, buscou assegurar a maior parte dos recursos, reservando para si o montante oriundo das contribuições sobre salários. À saúde, cuja

constitucional de se criar um orçamento único, cuja gestão se daria através de um ministério da seguridade social. Com efeito, não houve por parte das três áreas envolvidas nenhum tipo de mobilização para lutar pelo orçamento unificado e tampouco pelo ministério da seguridade. Esta postura impediu a formação de uma dada identidade da área social através da conformação do sistema de seguridade social e, em última instância, perdeu-se a oportunidade de reforçar o debate em favor da integração entre a política social e a política econômica no país (Monnerat & Senna, 2007).

Sem desconsiderar a conjuntura desfavorável em que se processou a implantação das mudanças constitucionais, é imprescindível assinalar que as trajetórias institucionais e o legado técnico e político das áreas de política social (saúde, assistência e previdência) exerceram influência direta sobre os descaminhos da seguridade social brasileira.

Para Fleury (2006 a) o setor saúde, assumiu posição ambígua e até mesmo divergente em relação à seguridade social, temendo que a criação de um Ministério Único da Seguridade Social provocasse perda de identidade e especificidade na construção do SUS (Monnerat & Senna, 2007). A saúde, setor que apresentava maior acúmulo em termos de organização política teve receio de colocar em risco as conquistas até então alcançadas.

Do ponto de vista da assistência social, observa-se que a fragilidade institucional e o viés clientelista historicamente predominantes constituíram relevantes obstáculos à mobilização desta arena setorial. Tal dificuldade pode ser demonstrada no fato de que a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) somente foi efetivada em 1995, enquanto a Lei Orgânica da Saúde (LOS) data de 1990.

Quanto à previdência social, o comportamento contrário à seguridade pode ser justificado por sua tradição de insulamento burocrático e forte caráter de centralização de decisão e gestão. Ademais, historicamente esta arena setorial tem recursos garantidos através da arrecadação de contribuições sociais.

Com efeito, o abandono da idéia de seguridade social e a conseqüente desarticulação da área social têm repercussões negativas na condução da política social

preocupação com a vinculação de recursos específicos para o setor remonta aos anos 80, foram atribuídas as receitas das contribuições sobre o lucro (Finsocial) e, posteriormente, Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL). A busca de vinculação de recursos para a saúde traduziu-se, posteriormente, na criação de uma fonte exclusiva para o setor, através da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira(CPMF) e, mais tarde, da promulgação da emenda Constitucional n. 29. Quanto à assistência social, restaram os recursos sobre o faturamento (COFINS)” (Monnerat & Senna, 2007:138).

na atualidade. A primeira delas, como vimos, diz respeito ao constante contingenciamento de recursos da área social que poderia ter sido minimizada não fosse a ausência de cooperação entre as três áreas envolvidas na seguridade social. Da mesma forma, a não adoção da perspectiva sistêmica da seguridade, traduzida na desarticulação entre saúde, assistência social e previdência, obstaculizou o desenvolvimento de uma cultura do diálogo e da promoção de ações intersetoriais no campo das políticas sociais, com conseqüências marcantes no contexto atual.

O abandono da perspectiva da seguridade social e o simultâneo reforço da competitividade entre setores sociais, reiteraram a fragilidade no enfrentamento da fragmentação dos programas e ações sociais no país. Por isso, se diz que a noção de seguridade social contém valores políticos que precisam ser resgatados de modo a rever os descaminhos da reforma social até aqui empreendida (Fleury, 2006).

Não obstante, há legados importantes no campo da experiência de reforma do sistema de proteção social que podem ser creditados, como vimos, às oportunidades de inovação trazidas pelo processo de descentralização e controle social das políticas sociais. Decerto, esta experiência trouxe um acúmulo de aprendizado institucional da mais alta relevância, sem a qual talvez não houvesse hoje condições de formular proposições em torno de ações intersetoriais.

1.3.2.2) Intersetorialidade na literatura atual

Na atualidade verificam-se convergências acerca dos significados e atributos do que seja a intersectorialidade no campo das políticas sociais. Torna-se, assim, relevante debruçar-se sobre as conceituações disponíveis e examinar possíveis diferenças, aproximações e consensos existentes.

As principais publicações sobre intersectorialidade são oriundas das áreas de administração pública e saúde coletiva. Vale dizer que há pouquíssima produção no campo da educação e da assistência social, muito embora esta última área apresente, de modo inequívoco, a ação intersectorial como princípio norteador de seus programas sociais.

De forma geral, as definições de intersectorialidade partem do pressuposto de que é necessário encontrar formas inovadoras de formular e implementar as políticas sociais para atuar sobre os problemas sociais que se apresentam de maneira cada vez mais

complexa. A intersetorialidade é então uma estratégia que busca superar a fragmentação das políticas públicas e atuar contra as iniquidades sociais.

É recorrente o pensamento de que as mudanças processadas até então não foram capazes de dar conta da fragmentação da ação estatal. Aliado a este fato, reconhece-se que a crescente complexificação da questão social vem trazendo novos desafios ao sistema de proteção social. De acordo com a argumentação de Ferreira e Silva :

“(...) Enquanto a realidade opera com problemas complexos e mal estruturados, as instituições se organizam em setores e as universidades fragmentam o saber em departamentos” (...). (...) Embora a ciência necessite delimitar e recortar o real para ser possível apreende-lo, o movimento inverso também faz parte do processo de produção do conhecimento. Já no âmbito das intervenções sociais, a apreensão do real enquanto totalidade de múltiplas determinações permite que a ação seja direcionada aos determinantes estruturais e tenha conseqüentemente, maior possibilidade de ser efetiva (2005, p.106).

Com efeito, um dos grandes desafios é romper com a tradição da ciência moderna, que opera com uma lógica parcializada de organização e produção do saber, tendo como conseqüência uma intensa especialização disciplinar e práticas sociais fragmentadas. Nesta direção, diversos autores assinalam a importância de buscar no paradigma da interdisciplinaridade uma análise global dos problemas e na estratégia de gestão intersetorial a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social atual.

“O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, sua possibilidade está na faculdade de reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente uma facilidade para humanos, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional” (Costa, Pontes & Rocha, 2006, 107).

Além de focar as questões acima, outra definição de intersetorialidade ressalta a importância de se ter uma visão integral das necessidades sociais. Observe:

”Articulação entre saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas. Supõe uma nova forma de gerenciar as cidades, buscando superar a fragmentação das políticas considerando o cidadão na sua totalidade” (Junqueira; Inojosa, 1997 citado por Junqueira, 2000, p.42).

Nesta direção, a intersetorialidade aparece também como estratégia favorável ao exercício de intervenções sociais integrais. Isto pode ser observado nas argumentações recorrentes de que é necessário construir a intersetorialidade para compreender e

considerar o cidadão em sua totalidade. Com efeito, as necessidades dos indivíduos são amplas, visto que a pobreza e a exclusão são fenômenos multifacetados, e, portanto, não podem ser respondidas via ações setorializadas.

Tendo como base a experiência de descentralização das políticas sociais, é possível supor que num país com estrutura federativa como o nosso, a ausência de indução federal e estadual para a implantação da intersetorialidade tende a contribuir para o insucesso da proposta que se quer implementar. Assim, a intersetorialidade também depende de incentivos e de atitudes indutivas¹³ por parte do governo federal, de modo que as iniciativas isoladas no nível local não são suficientes.

Neste aspecto, Andrade (2006) enfatiza que, não obstante o reconhecimento de que a descentralização pode potencializar a integração das políticas e programas sociais, a intersetorialidade não pode se resumir à perspectiva de regionalização nem a simples articulação dos serviços. Diferentemente da descentralização, cuja demanda da população sobre os serviços locais contribui para a sua efetivação, a implantação da intersetorialidade requer grande esforço político de negociação de interesses e alcance de consensos políticos. Por isso, há que se pensar em mudanças de médio e longo prazo porque, acima de tudo, são reformas relativas à cultura organizacional da administração pública. Decerto, a intersetorialidade não deve ser entendida como uma iniciativa isolada do nível local. Isso quer dizer que, embora o município tenha papel fundamental na implementação do processo de integração das políticas sociais (como ressalta Junqueira, 1998), a intersetorialidade deve ocorrer baseada em iniciativa conjunta dos três níveis de governo. Não basta a iniciativa de apenas um ente governamental (qualquer que seja ele), visto que num país federativo como o nosso as políticas públicas percorrem todos os níveis de governo e são altamente setorializadas.

As questões acima mencionadas demonstram as dificuldades para o alcance da intersetorialidade, já que o município reproduz a fragmentação na gestão de cada política setorial devido às condições de implementação em que cada uma se encontra (Junqueira, 1998). Quanto a isso, cabe destacar que nem todas as áreas de política social estão no mesmo estágio de desenvolvimento do processo de descentralização e, conseqüentemente, os serviços municipais apresentam diferentes capacidades de atendimento, além da existência de padrões muito diversos de pactuação intergovernamental. Com base nesta realidade, vê-se, então, que há importantes desafios

¹³ Não trata-se apenas de incentivos financeiros, mas também técnico e político-institucionais.

postos à conformação da intersectorialidade. Sobre este ponto Andrade diz que:

(...) "Há uma inquietação no interior do aparelho do Estado sobre como trabalhar com a complexidade. Sobre a intersectorialidade há um consenso discursivo e um dissenso prático. Esse dissenso nasce da contradição entre a necessidade de integração de práticas e saberes requeridas pela complexidade da realidade e um aparato de Estado setorializado, onde se acumulam, com maior ou menor conflito, poderes disciplinares e poderes advindos de composições político-partidárias" (2006:280).

O alerta do autor vai na direção de demonstrar que a tarefa é bastante audaciosa e a integração intersectorial desejada passa necessariamente pela construção criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores do Estado que lidam com as questões sociais. Sendo assim, o ponto forte da proposta de intersectorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais.

Entretanto, Andrade (2006) adverte que a ação intersectorial não elimina a importância da existência de espaços específicos de gestão das políticas setoriais e, além disso, a adoção da perspectiva intersectorial tende a favorecer que políticas e ações sejam contaminadas pela dinâmica de outros setores.

O planejamento de ações tem lugar central em todos os trabalhos que tratam do assunto, tanto no campo da administração pública quanto aqueles produzidos pelos autores da saúde coletiva. Pode-se dizer que esta ferramenta aparece como condição imprescindível para articular áreas de conhecimento e de prática marcadas por memórias técnicas e institucionais específicas. O planejamento não é entendido na perspectiva normativa e prescritiva, mas, ao contrário, considera a negociação de interesses diversos a chave para a construção de sinergias entre diferentes atores e áreas de política. Este argumento é bastante recorrente na literatura especializada e a insistência neste aspecto indica a magnitude da tarefa; não se admitindo, portanto, improvisações.

O planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais. Assim, no âmbito do planejamento conjunto, a intersectorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos. A idéia de síntese não prescinde dos fazeres e atribuições

setoriais, isto é, dá-se grande importância aos domínios temáticos setoriais para a construção de objetos e objetivos comuns. Ao mesmo tempo, espera-se que este novo tipo de intervenção social contamine as tradicionais lógicas setoriais.

Otimizar recursos humanos e financeiros está entre as questões que os autores reconhecem como mais uma virtude das ações intersetoriais, pois contribuiria para combater a ineficácia das políticas sociais.

“A intersetorialidade possibilita que o aparelho estatal mais integrado possa otimizar os recursos disponíveis no trato dos problemas da população no território sob sua jurisdição.” (...) “O território é entendido como lugar particular onde as pessoas vivem e interagem com o seu meio” (Junqueira, 1998, p. 15).

Da mesma forma, a perspectiva de intervenção sobre problemas complexos se associa fortemente à noção de território¹⁴. A requisição de se trabalhar focado em dado território justifica-se em razão de que um dos maiores obstáculos à ação intersetorial é o fato de que cada área de política determina sua região geográfica de atuação. Assim, a definição de uma área comum para a ação das diferentes políticas setoriais é condição primeira para promover a intersetorialidade.

“A intersetorialidade se apresenta como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um distrito sanitário, seja em um município ou uma ‘microrregião assistencial’”. (Teixeira e Paim, 2000, p. 68)

A ênfase na promoção de mecanismos que favoreçam o diálogo e os fluxos de informação e comunicação também é bastante tematizada na produção bibliográfica existente. Estes aspectos são considerados imprescindíveis para o enfrentamento das diferentes formas de pensar dos atores envolvidos e das disputas de poder que atravessam a concretização de ações intersetoriais.

“O que vai caracterizar a intersetorialidade é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo e, conseqüentemente, a sua pedagogia é a comunicação”. (...) “A questão fundamental da intersetorialidade é a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores”. (...) “desse modo, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese. A ação intersetorial, para ser conseqüente, implica tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos” (Mendes, 1996, 94).

¹⁴ É preciso reconhecer que este conceito, embora largamente utilizado nos textos e artigos sobre intersetorialidade, não é tratado de modo consistente na maioria dos estudos disponíveis. De fato, há pouquíssima referência teórica ao conceito de território. O aprofundamento desta questão poderia, sem dúvida, contribuir para o avanço teórico-metodológico das discussões sobre intersetorialidade.

Do ponto de vista da produção teórica concernente à administração pública, a intersectorialidade constitui uma nova forma de gerenciar as cidades, ou seja, é uma proposta de modelo de gestão urbana. Esta visão é mais ampla porque se preocupa, fundamentalmente, com os problemas que afetam a gestão dos governos.

(...) “Experiências municipais referem-se a tentativas de consolidação de uma reforma administrativa municipal, tendo como eixo articulador o enfoque da intersectorialidade e da formação de redes, e como imagem/objetivo a implementação de um novo modelo de gestão das políticas públicas que possibilite a otimização de recursos municipais para o melhoramento da qualidade de vida dos cidadãos através da introdução de novas tecnologias de gestão e de alterações nas relações de poder que se estabelecem no nível individual e das instituições” (Ferreira e Silva, 2005, p.105).

Embora reconheça as definições de intersectorialidade acima referenciadas, parte considerável da produção teórica oriunda da saúde concebe a proposta de ação intersectorial a partir de uma perspectiva bastante específica. Com efeito, o olhar da saúde sobre a intersectorialidade pode ser explicado pela trajetória de constituição desta área, cuja produção de conhecimento e experiência de implementação de programas sociais são largamente reconhecidas.

A concepção que prevalece, incluindo aí a definição da própria Organização Mundial de Saúde (OMS), compreende a intersectorialidade como uma articulação de ações de vários setores para alcançar melhores resultados de saúde. Como bem explicita Ferreira e Silva (2005) a intersectorialidade no campo da saúde tem sido, em geral, vista como *“uma intervenção coordenada de instituições em ações destinadas a abordar um problema vinculado à saúde”* (Suárez, 1992 apud Ferreira e Silva, 2005:103). Outra definição que corrobora esta análise pode ser vista em:

“Ações intersectoriais em saúde correspondem a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só”. (OMS, 1997 apud Teixeira e Paim, 2000, p.64).

A respeito da forte liderança do setor saúde na proposição de ações intersectoriais via projetos no campo da Promoção da Saúde – Cidades Saudáveis/ Políticas Públicas Saudáveis -, a OPAS recomenda: *“a ação intersectorial demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas receptividade a convocatórias de outros setores”* (Costa, 2006: 99).

Verifica-se, assim, que há uma diferença crucial entre as perspectivas da administração pública e a área da saúde. A saúde, ao longo de sua história, vem apresentando uma visão bastante endógena da intersectorialidade, compreendendo que são as outras áreas de política pública que devem se juntar a este setor para intervir sobre um problema de saúde já detectado no interior desta arena setorial.

1.3.2.3) Tradições e legados setoriais: oportunidades e limites à articulação intersectorial na atualidade

Neste item trata-se especificamente das formas de regulamentação das áreas de saúde e assistência social visto que são as arenas de política social que mais interessam ao tema deste trabalho.

Assim, do ponto de vista da saúde, setor que historicamente apresenta maior acúmulo em termos da experiência política, durante todo o período recente de consolidação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) não foi dada prioridade à implementação de estratégias de construção de um sistema de seguridade social, o que poderia ocorrer mediado pela diretriz da intersectorialidade. O fato é que a descentralização da saúde avança em termos do planejamento e gestão setorial, mas tais conquistas são limitadas pela persistência do modo fragmentado de produzir a política de saúde no país.

Isto é compreensível em razão da diferenciação em termos da capacidade política deste setor e também devido ao tamanho da tarefa de organizar um sistema nacional de saúde em um país com dimensões continentais como o nosso. A complexidade política e o grande número de atores dentro desta arena setorial já seriam, sem dúvida, desafios suficientemente grandes.

No entanto, vale acrescentar que a área da saúde incorporou a diretriz da intersectorialidade em sua Lei Orgânica de 1990. Tal diretriz aparece subsumida ao princípio de integralidade dos sistemas de saúde que prevê na sua concepção a integração intersectorial. Sobre este ponto, é preciso advertir que a noção de integralidade apresenta caráter bastante difuso, cuja consequência é a existência, entre os profissionais de saúde, de diferentes significados para o termo.

Os sentidos da integralidade vão desde a visão de integração dos diferentes níveis de complexidade tecnológica dentro do próprio setor saúde até a articulação com

outros setores de política social. Todavia, essa última perspectiva não é a predominante. De fato, as estratégias recentemente implantadas apontam para a priorização da integração entre diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) dentro do sistema municipal e um incentivo à regionalização dos serviços via criação de consórcios intermunicipais. Embora o conceito de integralidade venha ganhando relevância na agenda setorial, sua operacionalização até o momento tem se mostrado insuficiente para contribuir de maneira efetiva para fomento de mudanças no quadro atual de organização fragmentada das políticas sociais brasileiras.

A preocupação com a necessária interface com outros setores pode ser observada também na retomada de questões que, nos últimos anos, foram, de certa forma, relegadas a segundo plano. É o caso, por exemplo, do debate sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença¹⁵ e o retorno à concepção original de reforma sanitária. A atual revalorização destes temas parece indicar a intenção de recuperar a potência política da reforma setorial¹⁶, e ao mesmo tempo buscar saídas para os impasses atuais.

É necessário registrar que experiências de programas prioritários do Ministério da Saúde – como o Programa Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - desenvolvidas desde meados dos anos 1990, também tendem a incentivar ações voltadas para a articulação intersetorial. Reconhece-se que tais programas se apóiam nas concepções do movimento da Promoção da Saúde que, por sua vez, incorpora a abordagem intersetorial como principal estratégia de ação. Vale chamar atenção para o fato de que o privilegiamento do núcleo familiar como unidade de intervenção contribui para a busca de parcerias com outras áreas de políticas públicas, visto que o contato direto com as múltiplas demandas e necessidades das famílias vem demonstrando os limites da ação setorial.

Nesta circunstância, a intersetorialidade tem sido pensada como uma estratégia fundamental para atuar sobre problemas estruturais da sociedade e que incidem sobre o processo saúde-doença. Assim, movimentos internacionais como a Promoção da Saúde e outros, ganham lugar de destaque no SUS.

Desde o final da década de 1980, tais iniciativas são mundialmente disseminadas com o apoio de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde

¹⁵ Recentemente o ministério da saúde implantou, de acordo com recomendação da Organização Mundial de Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

¹⁶ De certa forma, no período pós-constituente, houve privilegiamento do debate sobre as questões relacionadas à gestão da política de saúde.

(OMS), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), dentre outros. No Brasil, em meados da década de 1990, estas perspectivas de intervenção se fortalecem e se traduzem em experiências locais, em grande parte favorecidas pela descentralização das políticas sociais. Trata-se assim de um esforço de desenvolver novas práticas no campo da saúde e, neste processo, observa-se evidente recuperação da idéia de intersetorialidade.

Na esteira deste movimento, a agenda contemporânea de debate indica a necessidade de (re)politização da discussão sobre a política de saúde, a recuperação do conceito de saúde como qualidade de vida e a tentativa de valorizar o conceito de seguridade social como referência para a proteção social no país.

No que concerne à política de assistência social, as mudanças preconizadas na Carta de 1988 não foram capazes de alterar os históricos problemas de fragmentação e descoordenação que tradicionalmente se apresentam neste campo. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) promulgada em dezembro de 1993 permaneceu por mais de uma década como uma ‘carta de intenções’ (ou conjunto de intenções e proposições políticas) e menos como um instrumento capaz de gerar alterações na organização da prestação de serviços assistenciais.¹⁷

Não obstante, embasado no conceito de seguridade social, a LOAS foi promulgada com a intenção de rever o caráter clientelista e assistencialista que marca a história desta área de política, cuja frágil presença do Estado favoreceu a disseminação de ações de caráter filantrópico e voluntário. A predominância deste tipo de prestação de serviço foi responsável pela descontinuidade na implementação de programas assistenciais, como também a persistência do fenômeno do ‘primeiro damismo’ corroborou a falta de profissionalismo da área. Ademais, a improvisação, ao invés do planejamento de ações, garantiu o legado de baixa capacidade institucional da política de assistência social.

Mesmo enredada nas condições acima descritas, desde sempre a assistência social buscou, mesmo que precariamente, agir de forma conjunta a outras áreas de política, organizações sociais e instituições filantrópicas.

Com base nisso, Silva N. (2007) argumenta que a tentativa de promover ações intersetoriais no campo da assistência social não é propriamente uma novidade. Há registros de que, na década de 1940, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) realizava

¹⁷ A exceção aqui recai sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que foi implementado ainda na década de 1990.

parcerias com organizações filantrópicas e comunitárias diversas. Segundo o argumento que segue:

“A LBA organiza um conjunto de programas sociais que envolvem ações de diferentes campos de intervenção para atender as demandas da população excluída, porém de forma fragmentada e paliativa (Silva N., 2007:26)”.

No que se refere à experiência da LBA, observa-se que a realização de ações conjuntas¹⁸ era quase sempre iniciativa dos profissionais¹⁹ que se responsabilizavam pela execução direta dos programas sociais. Notadamente, os assistentes sociais se constituíam no grupo de profissionais que mais se dedicava a promover articulações com diversos atores e equipamentos sociais existentes para potencializar suas ações.

O fato da assistência social se caracterizar como uma área de intervenção que lida com os efeitos diretos da pobreza e das desigualdades sociais, ou seja, com situações limites relacionadas à sobrevivência humana, propicia iniciativas que tendem a fomentar algum modo de iniciativa interinstitucional. Isto pode ser explicado pelas características desta área que, como bem define Pereira (2000: 17):

“É genérica na atenção e específica na clientela, ao contrário das políticas setoriais (saúde, educação, previdência, etc.) que são genéricas na clientela e específicas (especializadas na atenção) na clientela e genérico na atenção”.

Em outras palavras, o próprio objeto de intervenção da assistência social, marcado por demandas multifacetadas, exige respostas que extrapolam a repartição setorial.

Deste modo, a combinação da histórica fragilidade institucional, o que inclui também a baixa capacidade de vocalização dos beneficiários e dos atores interessados na defesa da assistência social, com a conjuntura adversa dos anos 1990 foi obstáculo importante ao processo de implantação dos preceitos constitucionais previstos para esta arena setorial

¹⁸ Estas ações **não** se caracterizavam como intersetoriais, pois que eram pontuais, descontínuas e emergenciais.

¹⁹ De fato, quem sente de perto os efeitos da ausência de integração entre as políticas públicas são os profissionais que atuam diretamente com a população e necessitam dar respostas às demandas que chegam aos serviços sociais. Por isso, a maior parte das iniciativas de ação conjunta ou intersetorial (vale dizer que a intersetorialidade ainda não é implementada de forma extensiva) é protagonizada pelos denominados “profissionais da ponta”. Ao longo da história da política social brasileira, notadamente os profissionais de assistência, saúde e educação buscaram articulação informal com outras áreas de políticas e com a sociedade civil para atuar sobre determinados problemas e em território específico, embora tais iniciativas estivessem quase sempre focadas na resolução de casos individuais.

Entretanto, o tema da exclusão social e a discussão em torno das políticas públicas necessárias para fazer face a esta questão passam a ocupar lugar de destaque na agenda pública do governo eleito em 2003. A elevação desta problemática ao rol das prioridades governamentais empresta, sem dúvida, um novo sentido ao campo da assistência social como política pública.

Sobre as iniciativas atuais em favor do desenvolvimento da intersetorialidade das políticas sociais, é preciso reconhecer que o governo federal, na atual gestão do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), tem investido na (re)construção da política de assistência social²⁰ com base na formulação de programas com desenho intersetorial. A própria criação do MDS confere um novo estatuto à política de assistência, com reforço da perspectiva de profissionalização da área. Isso significa que, pela primeira vez na história da constituição da seguridade no país, há um movimento que tende a criar dificuldades à reprodução das relações clientelista e assistencialista que marcam esta arena setorial.

Cabe salientar que a preocupação com a promoção da intersetorialidade está expressa em todos os programas do MDS, aparecendo, inclusive, como um dos objetivos do próprio ministério. Destaca-se aqui a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que se inspira no processo de descentralização desenvolvido na saúde. O SUAS foi desencadeado pela Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS juntamente com o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), e expressa o compromisso do governo federal com o resgate das diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social como política de Seguridade Social. Nesses termos, o SUAS representa uma nova concepção de organização e gestão dos serviços, cuja formulação contou com a participação ativa dos técnicos da área.

O SUAS prevê um sistema unificado com partilha de responsabilidades entre os entes federados e as instâncias do sistema descentralizado e participativo, institui sistema de informação, monitoramento e avaliação, além de preconizar uma lógica orçamentária que garante co-financiamento com repasse automático de recursos. Com certeza, trata-se da maior e mais importante mudança ocorrida até então na área da assistência. Porém, a implantação do SUAS é ainda recente, tornando-se necessário acompanhar empiricamente sua implementação com vistas a identificar os limites e

²⁰ Não resta dúvida de que a implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) está sendo fundamental para colocar na agenda de debate a proposta de intersetorialidade. As características das demandas da “clientela” da assistência social (população que se encontra abaixo da linha de pobreza) exige de forma mais contundente soluções intersetoriais.

possibilidades deste processo.

Embora a assistência social seja a área de política (dentre as três que compõem o tripé da seguridade social) a que porta maior clareza acerca da importância de se estabelecer estratégias de atuação intersetorial²¹, sua capacidade institucional, financeira e política ainda é muito baixa, evidenciando a dificuldade de muitos municípios, inclusive aqueles com experiências exitosas em outras áreas de política social, de implantar as unidades de atenção básica e especial da assistência social, como os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social). Estas são estruturas mínimas e fundamentais para corporificar a prestação de serviços da política de assistência social no âmbito local.

Acompanha esta tradição de frágil institucionalidade a frequente ausência de um corpo técnico concursado (os programas e projetos são em geral desenvolvidos por profissionais contratados de forma temporária), o que dificulta a sedimentação de uma memória técnica setorial, além dos riscos relativos à interveniência do clientelismo político na área.

Este legado histórico de não conformação da assistência social como política pública abre espaço para a baixa prioridade dada pelos governos à área em seus respectivos orçamentos, onde os contingenciamentos de recursos são praxe, principalmente em períodos eleitorais. Uma explicação para este baixo grau de compromisso dos governos com a prestação de serviços assistenciais pode ser buscada, entre outros aspectos, na própria natureza da clientela da assistência social, ou seja, cidadãos marginalizados da esfera econômica que também não se fazem representar no campo da política.

Contudo, embora não se possa desconhecer o peso deste legado, o cenário que se descortina hoje no campo da política de assistência parece propício à alteração deste padrão, apontando na direção de se conferir um estatuto de política pública à assistência social no país.

1.3.2.4) Programas de transferência condicionada de renda e intersectorialidade

Se os programas de transferência condicionada de renda (municipais e federais) implementados nos anos 1990 e 2000 mantinham a tradicional lógica fragmentada do

²¹ Perspectiva que está enunciada nos documentos oficiais e no desenho da própria política.

arcabouço institucional das políticas sociais no país, a unificação destes programas no Programa Bolsa Família em 2003 representou intenção de ruptura com tal institucionalidade a medida que, além de proceder a referida unificação, inscreveu o PBF como complementar ao sistema de proteção social existente. A predominância da idéia de complementariedade ou de programa-eixo articulador da proteção social tem relevância em contexto de agudização da pobreza e proposições neoliberais de Estado mínimo com suas consequências na disseminação da lógica terceirizada de provisão dos serviços sociais.

Do ponto de vista da concepção do PBF (programa nacional de transferência de renda) e de seu desenho operacional, a intersetorialidade seria o elo essencial de ligação com as políticas públicas, ressaltando que a presença de condicionalidade exige que as diferentes esferas de governo estabeleçam arranjos de coordenação intersetorial entre as áreas de assistência, educação e saúde, pelo menos.

É de se ressaltar que, ao criar o Programa Bolsa Família (PBF), o Ministério do Desenvolvimento Social expressou a preocupação em dar um passo adiante no enfrentamento da fragmentação da intervenção do Estado na área social. Em realidade, até hoje nenhum outro programa social foi tão dependente da articulação intersetorial e, portanto, das capacidades institucionais e de diálogo político entre os entes da federação e entre os diferentes setores responsáveis pelo desenvolvimento das políticas sociais.

Assim, a presença de condicionalidades no desenho do PBF e a exigência de gestão intersetorial aumenta a complexidade da implementação local visto que o sucesso desse processo está visceralmente relacionado à capacidade de coordenação entre diferentes setores envolvidos com a implementação do Programa.

A cobrança de contrapartidas e a perspectiva intersetorial do PBF articuladas ao foco na família anunciam possibilidades de revisão da forma de intervenção fragmentada das instituições de política social. Historicamente o modelo de atenção está assentado no diagnóstico e planejamento de intervenção sobre as demandas de usuários – problema, sendo que a família e o contexto social que a cerca tem sido considerados elementos coadjuvantes no processo de intervenção profissional (Míoto, 1997). Deste modo, a promoção da intersetorialidade é crucial para atender a perspectiva atual das políticas sociais de focar as famílias ao invés dos indivíduos ou grupos tradicionalmente prioritários dos programas sociais tais como crianças, adolescentes, mulheres e idosos. Com efeito, a abordagem setorializada das políticas sociais e a falta de mecanismos de

integração entre elas gera incapacidade de promover uma intervenção consistente sobre as questões sociais atuais.

1.3.2.5) Nova institucionalidade e os desafios à implementação local de políticas e programas

Como vimos, busca-se neste trabalho entender os aspectos que favorecem e dificultam o processo de implementação das condicionalidades do PBF na área da saúde, através do cotejamento das perspectivas e experiências dos gestores e agentes implementadores envolvidos com o programa no nível local. Deste modo, cabe dimensionar os aspectos centrais que balizam a discussão teórica sobre a implementação de programas e políticas sociais na atualidade.

Estudos atuais destacam a compreensão de que a implementação constitui elo fundamental do circuito de produção de políticas e programas sociais. Nesta direção, a partir da década de 1970, cresce o consenso em torno da visão de que as análises sobre a implementação de políticas são incrementadas devido a constatação de que as mudanças desenvolvidas pelos governos não eram, em geral, bem sucedidas. Em geral, os problemas observados no processo de produção de políticas públicas têm sido creditados às chamadas “**brechas na implementação**” (Labra, 2003), o que reitera a convicção de que a implementação é momento chave para a ação governamental. Em outras palavras, a implementação local de qualquer programa social é uma fase crucial do ciclo de vida das políticas sociais visto que é neste contexto que se expressam alianças e disputas entre distintos interesses políticos e forças sociais que dão concretude às políticas e programas formulados quase sempre na esfera federal de governo.

Silva et al. (1999) demonstram que contribuições recentes sobre a questão do processo de formulação e implementação de políticas públicas enfatizam elementos que são desconsiderados na visão canônica deste mesmo processo. Assim, a perspectiva tradicional supõe que o problema da baixa eficácia da intervenção estatal está ancorado exatamente nas disjunções que ocorrem no momento da implementação. Aqui, formulação e implementação são vistas como fases desconectadas, onde se pressupõe que a formulação é sempre adequada e realizada em condições ideais.

Os autores citados elencam alguns pontos desconsiderados na visão acima

mencionada e que são fundamentais para repensar o processo de formulação de políticas e programas:

- os formuladores de política se vêem diante de grandes dificuldades que dizem respeito as limitações do conhecimento disponível sobre o fenômeno em estudo, além dos problemas de tempo e recursos;
- os formuladores não podem controlar o ambiente político futuro;
- nos planos e programas formulados há grande espaço para decisões dos implementadores, fato que é classicamente entendido como problemático, mas que as contribuições atuais preferem avaliar também como espaço possível de inovação;
- nos programas e políticas estão expressas as preferências e visões de mundo, individuais ou coletivas, dos formuladores e que nem sempre se conectam às expectativas dos implementadores e da coletividade. Neste caso, as interferências políticas são vistas como negativas porque descaracterizam a racionalidade técnica dos programas.

As contribuições dos autores citados, a rigor, levam a uma revisão da concepção da formulação enquanto momento racional e anterior à implementação. Entende-se, desse modo, que na fase de implementação decisões altamente relevantes são tomadas e não apenas executadas, o que configura um processo de aprendizado de extrema relevância. Desta forma, o momento da implementação é visto como um processo gerador de informação para a formulação e, ao mesmo tempo, criador de novas políticas, traduzindo-se, muitas vezes, em experiências que, no limite, pode reverter a própria política. Assim, o ciclo de vida da política não é entendido de forma linear e nem possui ponto de partida definido, mas demonstra a combinação de fatores complexos, de ações e decisões que envolvem governantes, *stakeholders* e inúmeros desafios relativos à sustentação política dos programas, coordenação interinstitucional e capacidade de recursos (Silva et al, 1999).

A discussão mais atual sobre implementação de políticas públicas se reveste de uma dimensão política que deve ser considerada, principalmente nos Estados democráticos e descentralizados. No que tange à implementação descentralizada de programas sociais, sabe-se que para obter êxito neste processo é necessário que haja

uma política eficientemente desenhada, portando mecanismos claros de indução, haja vista as dificuldades técnicas e políticas dos diversos níveis de governo (Arrecthe, 2000). Desta forma, é crucial que o nível federal de governo seja capaz de criar estruturas de indução potentes, que, para além do incentivo financeiro, sejam igualmente mobilizadoras de capacidades técnicas e políticas no município. Considerando que o grau de autonomia dos municípios no processo de implementação é bastante grande (e que isto afeta o resultado da política), é necessário também viabilizar as condições mínimas de cooperação intergovernamental para a constituição de uma base sobre a qual se possa negociar consensos em torno da implementação de políticas.

Não há dúvida, então, que a implementação de políticas é parte de um processo que reúne uma gama enorme de atores situados em diferentes arenas institucionais, os quais atuam sob inúmeros constrangimentos materiais, políticos, institucionais e sociais específicos. Reconhece-se que a implementação constitui-se em processo altamente conflituoso, onde a concepção presente na formulação do programa esbarra nos distintos interesses circunscritos à arena local. Acrescenta-se ainda que quando os agentes implementadores não conhecem de forma adequada o programa, a tendência é que utilizem suas próprias referências para colocá-lo em prática (Viana, 1995).

Ademais, o processo de implementação descentralizada de políticas se configura num cenário de incertezas, cuja dinâmica de implementação é repleta de (re)formulações da própria concepção do programa, demonstrando que formulação e implementação são processos imbricados e contraditoriamente relacionados. Nestas circunstâncias, é imprescindível a elaboração de mecanismos eficientes de comunicação intergovernamental para minimizar possíveis efeitos inesperados (e até perversos), bem como resistências por parte dos implementadores locais.

Em suma, interessa notar que a implementação de políticas e programas não se caracteriza como operacionalização automática de objetivos previamente definidos no desenho do programa mas, ao contrário, é um processo complexo marcado pelas condições materiais e pelos interesses e motivações dos agentes implementadores locais que, como vimos, pode recriar a política e/ou programa (Silva et al. 1999). A análise deve, portanto, focar os pontos críticos deste processo e não apenas avaliar se o programa foi implementado de forma bem sucedida, ou não, de acordo com os objetivos propostos.

No sistema federativo, a adesão dos níveis sub-nacionais de governo aos

programas federais e o sucesso dos processos de descentralização dependem, em grande medida, dos incentivos e de uma política ativa de investimentos dos níveis centrais. Portanto, cabe compreender como os agentes locais de implementação aderem ao programa e como se apropriam dele de forma a maximizar interesses, consolidar alianças ou possibilitar inovações sócio-políticas. Algumas estratégias contribuem para esta adesão, como a garantia de ampla informação, a construção de estruturas de incentivos, a negociação e a barganha.

Considerando que as condições socioeconômica, política e institucional interferem diretamente no formato que as políticas e programas sociais adquirem no âmbito municipal, reconhece-se a importância de compreender as singularidades do contexto local, palco das experiências de descentralização das ações sociais do Estado. Denis & Champagne (1997) demonstram a importância da análise do contexto de implementação de políticas visto que, além da presença de atores políticos (que portam interesses), o cenário organizacional influencia sobremaneira o resultado da política ou do programa social.

Capítulo 2: Programa Bolsa Família: há algo de novo no campo da política social brasileira?

Este capítulo tem por objetivo analisar a concepção e desenho do Programa Bolsa Família a partir dos seguintes eixos: **cadastro único, focalização e acesso, priorização da família, condicionalidades, descentralização, intersetorialidade e controle social e financiamento e monitoramento.**

Na direção de constituir um programa nacional de transferência de renda, o governo federal deslançou, em outubro de 2003, um processo de unificação de programas já existentes²² (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio Gás e Programa Cartão Alimentação - PCA²³, através da instituição do Programa Bolsa Família (PBF). De acordo com a lei de criação do Bolsa Família²⁴, a unificação de tais programas visa *“melhorar a gestão e aumentar a efetividade do gasto social através da otimização e racionalização, ganhos de escala e facilidade da interlocução do governo federal com estados e municípios”*. (Brasil, 2004:4).

O PBF esteve, na ocasião de sua criação, diretamente vinculado ao gabinete da Presidência da República, apresentando, assim, autonomia em relação aos Ministérios Extraordinário de Segurança Alimentar (MESA), responsável pelo Programa Fome Zero, e de Assistência Social, tradicionalmente caracterizado pelo desenvolvimento de programas sociais. Como consequência da reforma ministerial ocorrida no início de 2004, as funções do MESA, do Ministério de Assistência Social e do Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família (Secretaria Executiva do Bolsa Família) foram transferidas para o recém criado Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A partir daí o PBF passa a ser gerido pela Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), enquanto as ações do Programa Fome Zero (PFZ) foram incorporadas à Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional. Além dessas, foram criadas outras quatro secretarias no MDS, a saber; Secretaria Executiva; Secretaria de Articulação Institucional; Secretaria Nacional de Assistência Social e Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação.

²² Está em andamento o processo de incorporação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) ao Bolsa Família.

²³ Este último implementado no âmbito do Programa Fome Zero

²⁴ Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004.

O foco prioritário do PBF é a família em situação de pobreza ou de extrema pobreza. A definição de quais famílias se encontram nessa situação é feita a partir do estabelecimento de uma linha de pobreza baseada na renda familiar per capita. Desde a instituição do Programa estes valores vem sofrendo alterações. Em 2003, a linha de pobreza era de 100 reais *per capita* passando, em 2006, para 120 reais. Este valor vigorou até 28 de janeiro de 2009 quando o governo federal ampliou o limite para 137 reais. O Bolsa Família tem como população-alvo dois grupos: famílias pobres e extremamente pobres (definidas a partir de linhas de pobreza diferenciadas) cuja transferência de renda se dá com base em valores diversos, os quais também foram modificados ao longo do processo de implementação do Programa.

Neste trabalho utilizam-se as definições e critérios em vigor em 2006 e 2007, anos em que a pesquisa foi realizada. Desse modo, durante este período, às famílias 'extremamente pobres' com renda *per capita* abaixo de 60 reais era concedido benefício mensal fixo de 50 reais, podendo esse valor ser acrescido de 15 reais por cada gestante, nutriz, criança e adolescente, até o limite de 45 reais por família. Nesse caso, o valor total do benefício não ultrapassava 95 reais; já as famílias consideradas 'pobres' com renda *per capita* entre 60 e 120 reais, tinham direito apenas ao benefício variável de 15 reais por cada gestante, nutriz, criança e adolescente, compondo um valor máximo de 45 reais por família (Brasil, 2004)²⁵.

Um desafio importante relacionado aos programas sociais focalizados é a forma

25

A partir de 2008, os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de R\$20,00 (vinte reais) a R\$182,00 (cento e oitenta e dois reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e o número de crianças e adolescentes até 17 anos. Neste período, o Programa Bolsa Família passa a ter três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente. **O Benefício Básico passa para R\$ 62,00** (antes era R\$50,00), e é pago às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R\$60,00 (sessenta reais) por pessoa (pago às famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens). **O Benefício Variável, de R\$ 20,00** (vinte reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 120,00 (cento e vinte 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\$ 60,00 (sessenta reais). **O Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$ 30,00** (trinta reais), é pago a todas as famílias do PBF que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 60,00 (sessenta reais). Além destas mudanças ocorridas em 2008, como vimos, em janeiro de 2009 a linha de pobreza passa de 120 reais para 137 reais, assim como a renda *per capita* familiar para o grupo considerado extremamente pobre passa a ser de R\$ 68,50 e não mais R\$60,00. O restante dos critérios permanecem os mesmos. Segundo cálculos oficiais, com base nas alterações de 2009, o Bolsa Família aumentará o número de benefícios pagos de 11,1 milhões para a 12,4 milhões. A inclusão das novas famílias ocorrerá de modo escalonado entre maio e outubro de 2009 e terá custo adicional de R\$549 milhões de reais. O MDS justifica esse aumento em razão da variação da inflação medida pelo INPC. O orçamento do Bolsa Família em 2009 estava fixado em R\$11,8 bilhões e com esta expansão passará para R\$12,34 bilhões.(O Globo,29/01/2009). Cabe ressaltar que será utilizado neste trabalho o corte de renda de R\$120,00 visto que a pesquisa foi em realizada em 2006 e 2007.

de seleção dos beneficiários. No caso do PBF, este processo deve ser realizada por meio do Cadastro Único (Cad-Único) do governo federal.

2.1) Cadastro Único, focalização e acesso

Ainda que de forma precária, o Cadastro Único foi instituído em 2001 no segundo governo de Fernando Henrique Cardoso. Em 2003, na gestão do presidente Lula, assiste-se a retomada da proposta no sentido de aprimorá-la e fazer com que este instrumento se constitua em um efetivo sistema de informação sobre os pobres no Brasil.

Nesta conjuntura, o que estava no centro das preocupações dos técnicos do governo federal era a possibilidade de contar com uma ferramenta eficaz de planejamento de programas e políticas direcionadas ao combate à pobreza. Para tanto, era preciso ter em mãos um conjunto de dados capaz de subsidiar a formulação de ações públicas e evitar a sobreposição descoordenada de programas para uma mesma família. Importante chamar atenção para o fato de que, embora a experiência de operacionalização do Cadastro Único esteja intimamente associada ao processo de implantação nacional do Programa Bolsa Família em 2003²⁶, a perspectiva é ampliar o uso do Cadastro para a seleção de vários outros programas e ações de cunho social, tais como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Tarifa Social de Energia e Brasil Alfabetizado, dentre outros.

Pari passu à tomada de consciência sobre a importância do planejamento no campo da política social, cresce a defesa de que a eficácia de determinados programas sociais depende da qualidade de focalização²⁷ que se consegue alcançar na implementação dos mesmos. Esta perspectiva apóia-se na compreensão de que historicamente as políticas sociais não conseguiram atingir a população que mais necessitava e, por isso, não se alterou a situação de pobreza e, tampouco, as condições de desigualdade social vigentes no país (Draibe, 1998).

²⁶ Inicialmente o processo de cadastramento para o Bolsa Família considerou duas formas de inclusão no cadastro, quais sejam: migração dos beneficiários já cadastrados nos programas de transferência monetária que foram unificados no PBF e cadastramento de novas famílias com base nos critérios de renda acima mencionados.

²⁷ Embora não constitua objeto de análise deste trabalho, é preciso registrar que o debate sobre a focalização das políticas sociais apresenta-se de forma bastante polêmica. Com frequência surge como questão central a polarização entre focalização e universalização. Segundo Draibe (1993) há diferentes concepções de focalização e de universalização, sendo fundamental combinar políticas focais e universais. Neste caso, saúde e educação devem ser universais.

Assim, a instituição do Cadastro Único parece vir atender a um desafio relacionado aos programas sociais focalizados que é exatamente a seleção precisa dos beneficiários, utilizando para isso critérios de renda definidos pelo governo federal. Obviamente que, isoladamente, a criação do Cadastro Único não impede a ocorrência de problemas de má focalização de programas sociais haja vista que diversos fatores interferem para os chamados “vazamentos”²⁸ do público alvo²⁹.

No seminário “Avaliação de Políticas Sociais: Experiências e Desafios” realizado pelo IPEA em junho de 2004, Ricardo Paes e Barros, técnico daquela instituição de pesquisa, apresentou resultados de investigação que avaliou a qualidade do cadastramento do Programa Bolsa-Família e seu impacto sobre o grau de focalização e seleção dos beneficiários do referido Programa. A estratégia metodológica adotada foi a realização de entrevistas domiciliares com uma amostra de famílias já cadastradas em alguns municípios. Após o cruzamento dos dados do cadastro feito pelos municípios com os dados das entrevistas feitas pela equipe do IPEA, verificou-se que: a) um quarto das pessoas inscritas no Cad-Único nunca morou no endereço citado, fato que dificulta o acompanhamento das famílias; b) a renda declarada é, em geral mais baixa do que a verificada; e c) a qualidade das informações quantitativas é muito baixa. Diante destes resultados, o estudo não recomenda utilizar as declarações de renda e consumo para focalizar os programas sociais, sendo, então, indicado fazer uso da informação qualitativa, que inclusive, faz parte do formulário do Cad-único. Além disso, a pesquisa em questão alerta para a importância de se trabalhar com um indicador sintético, o que ajudaria a compor um quadro mais fidedigno da pobreza.

Também em 2004, o Tribunal de Contas da União (TCU) avaliou a implantação do Cad-Único em diversos municípios da federação e apontou a existência de diversos problemas no processo de cadastramento que vinha sendo efetuado nos municípios, como: duplicidade de cadastros; falta de mecanismos de verificação dos rendimentos declarados pelas famílias; falta de sistemática para a atualização e manutenção da base de dados pelos municípios; insuficiência de recursos humanos para o cadastramento nos

²⁸ Jargão bastante utilizado pelos economistas que analisam a adequação ou não do foco do PBF aos critérios de renda previamente definidos. Refere-se a situações em que o Bolsa Família beneficia famílias que estão fora dos parâmetros de elegibilidade, ou seja, que, na ocasião, possuíam renda per capita maior do que 120 reais.

²⁹ A imprensa registrou (notadamente no segundo semestre de 2004, período inicial de implantação do cadastro), em algumas regiões do país, casos de uso clientelista na seleção de famílias para o programa Bolsa Família. Entretanto, os problemas de má focalização passam também por questões como o fato de a renda se declarada e também pela incapacidade gerencial de muitos municípios para desenvolver esta tarefa.

municípios; deficiências de treinamento e capacitação dos cadastradores; dificuldades no envio de informações dos municípios para a Caixa Econômica Federal (CEF) e dificuldades de acesso às famílias.

Reconhecendo, então, os problemas de focalização do Programa e a necessidade de qualificar o processo de cadastramento das famílias, o governo federal adotou diversas estratégias visando aprimorar a gestão do Cadastro Único. No ano de 2005, numa conjuntura marcada por denúncias de má focalização das famílias, o MDS coordenou um processo nacional de recadastramento e, como estratégia de indução, transferiu para os municípios um valor³⁰ fixo em reais por cada cadastro refeito. Desde então se verifica a publicação de extensa normalização acerca do Cadastro Único, cruzamento de dados do CadÚnico com dados do Ministério do Trabalho para detectar famílias que porventura estejam fora dos critérios de renda do Programa, treinamentos para os gestores municipais, dentre outras questões.

Cabe dizer que a experiência inicial de implementação do Cadastro no país foi importante para amadurecer a concepção e formas de execução deste instrumento, o que pode ser constatado na publicação do decreto número 6.135 de 26 de junho de 2007³¹. Este decreto define novas regras para o cadastramento de famílias pobres, destacando a sua validade de dois anos e o sigilo das informações de cada família. Reafirma concepções e estratégias de implementação já adotadas, tais como: a importância da articulação entre os três níveis de governo, a função de cada ente da federação e os cortes de renda para cadastrar a população pobre, dentre outras questões. Sobre este último aspecto, o decreto estabelece que as famílias a serem cadastradas devem estar dentro do perfil de renda de até meio salário mínimo *per capita* ou três salários mínimos de renda familiar³². O referido decreto prevê também que o MDS disponibilizará, a cada ano, a estimativa por município das famílias com os perfis de renda definidos para o CadÚnico.

Registra-se que o formulário de cadastramento³³ contém dados referentes à

³⁰ Seis reais.

³¹ Este é mais um dado que mostra o quanto a normalização dos instrumentos afeitos à execução do PBF foi se dando no decorrer de seu processo de implementação, criando dificuldades e certa desorientação para os municípios. A definição clara das regras de utilização do Cadastro Único ocorre mais de quatro anos após a sua implantação.

³² Anteriormente este corte de renda era arbitrado em 175 reais.

³³ Em agosto de 2007, o MDS desenvolveu proposta de revisão do formulário do Cadastro Único e os municípios participaram deste processo através do envio de sugestões. Segundo informações contidas no site do MDS (acesso em 9/08/07), o objetivo é que o novo formulário permita uma melhor utilização das informações pelos governos municipais, estaduais e federal na implementação de políticas sociais. O

quantidade de membros da família; nível de escolaridade; renda e atribuição profissional de cada pessoa; gastos, situação de moradia, características do domicílio (número de cômodos; tipo de construção, tratamento de água, esgoto e lixo); composição familiar (número de membros, existência de gestantes, idosos, mães amamentando, deficientes físicos); qualificação profissional e situação no mercado de trabalho; rendimentos; despesas familiares (aluguel, transporte, alimentação e outros)³⁴. Como se observa, estes dados podem proporcionar aos governos municipais, estaduais e federal a elaboração de diagnóstico sócio-econômico das famílias cadastradas e consequente análise das suas principais necessidades.

Embora os problemas mais graves relativos à focalização do programa tenham sido superados (duplicidade cadastral, por exemplo), o debate sobre a focalização permanece em pauta, mas agora revestido de preocupações sobre o aprimoramento da gestão do Cadastro Único para continuar garantindo o foco adequado do Bolsa Família. Este é um debate que está em curso e sobre o qual se tem consciência de que a estratégia adotada pelo governo brasileiro para garantir a focalização do PBF – ou seja, a atualização constante do cadastro e melhoria da qualidade dos dados coletados – é tarefa complexa visto que depende do envolvimento de um grande número de atores nos estados e municípios, além do alto custo financeiro que a operação exige³⁵.

O cadastramento é um processo complexo que exige grandes investimentos de ordem financeira, técnica, bem como adequada infra-estrutura e capacitação de recursos humanos. Assim, é de extrema importância observar em que condições os municípios desenvolvem o cadastramento, com que qualidade e também se os dados estão realmente sendo usados para fins de planejamento de políticas sociais. Uma outra questão fundamental é o tipo de apoio que os níveis supra nacionais disponibilizam para os municípios realizarem o cadastramento, já que é conhecida a fragilidade da maioria das prefeituras no país. Além disso, o risco das interveniências do clientelismo caracteriza-se e as dificuldades postas pelo fato de a renda ser declarada são aspectos que precisam ser considerados na seleção das famílias.

Ainda sobre a focalização do programa é importante considerar que o aspecto da renda monetária como critério único de seleção das famílias é largamente criticado na

MDS estabeleceu parceria com o IBGE para levar à cabo tal proposta.

³⁴ Informações retiradas do site do MDS, acesso em 9/08/2007.

³⁵ Estudos como o de Januzzi (2005) mostram que um dos elementos mais eficazes para garantir a adequada focalização do PBF seria utilizar “mapas da pobreza ou exclusão” (como os realizados em São Paulo) para definir *a priori* territórios em que o Programa deveria ser prioritariamente desenvolvido.

literatura especializada. Com efeito, somente a renda não é suficiente para qualificar a pobreza, fenômeno multifacetado que engloba outras dimensões de vulnerabilidade da população, tais como: saúde, esperança de vida, educação, saneamento e acesso a bens e serviços públicos, que vão além da privação de bens materiais (Sen, 2001, Townsend, 1993, Rocha, 1990).

Ademais, é preciso destacar outras duas questões relacionadas ao corte de renda para inclusão no PBF. A primeira diz respeito à definição arbitrária de um valor *per capita* muito baixo (R\$60,00 e R\$120,00)³⁶, o que acarreta na real possibilidade de não incluir famílias que, apesar de situadas em uma faixa de renda um pouco acima do valor *per capita* definido, encontram-se também em situação de pobreza. A segunda questão refere-se a desvinculação deste corte ao salário mínimo³⁷ ou a qualquer outro índice de reajuste deste valor que, em médio prazo, tende a tornar este critério cada vez mais restritivo. Sobre este ponto, e conforme já mencionado, talvez o principal problema seja o baixo valor do corte de renda para pobreza extrema (R\$ 60,00 ou mesmo os atuais R\$ 68,00), o que na prática, representa um grande risco de excluir muitas dessas famílias pobres, conformando um tipo de focalização perversa.

Em suma, a combinação do critério único de renda com a definição de uma linha de pobreza muito baixa termina, em última instância, por restringir o conceito de pobreza do PBF. Desse modo, corre-se o risco de não atingir segmentos sociais que enfrentam situações diversas de vulnerabilidade, não reduzidas somente à renda, além de reforçar a tendência de fragmentação da pobreza, ao atender os mais pobres entre os pobres.

Todavia, é relevante destacar que o Decreto N° 5.209³⁸, publicado nove meses após a lei de criação do programa, altera essa concepção mais estreita de pobreza ao sugerir a possibilidade de seleção das famílias a partir de um conjunto de indicadores sociais capazes de captar mais eficazmente as situações de vulnerabilidade social. De acordo com este Decreto, a escolha de um conjunto de indicadores deve se basear nos dados do próprio Cadastramento Único do governo federal, bem como em estudos sócio-econômicos disponíveis no país.

Entretanto, se, por um lado, houve o reconhecimento legal da insuficiência da utilização da renda como critério único de seleção das famílias, por outro, tal avanço

³⁶ Desde janeiro de 2009 os valores passaram para 68 reais e 137 reais, respectivamente.

³⁷ Nos programas de transferência de renda que antecederam o Bolsa Família, o corte de renda estava vinculado a frações do salário mínimo vigente.

³⁸ Decreto que regulamentava a lei n. 10.836/2004 de criação do Programa Bolsa Família.

ainda não se concretizou, visto que a legislação existente apenas sugere o uso de um conjunto de indicadores sociais sem que, de fato, haja quaisquer instrutivos para a operacionalização da seleção das famílias de forma menos restritiva.

Com certeza, a questão da renda como critério único de seleção do Programa aliada ao baixo valor do benefício não é trivial e tampouco deve ficar em segundo plano, o que parece estar acontecendo nas reflexões sobre o Programa. Vale frisar que o debate político e acadêmico (em diferentes perspectivas), assim como as matérias jornalísticas, têm priorizado, sobretudo, a tematização de questões relacionadas à focalização/seleção dos beneficiários e o controle das contrapartidas.

2.2) Priorização da Família

A formulação de programas sociais com foco na família, e não exclusivamente no indivíduo, faz parte do debate sobre a reforma das políticas sociais desenvolvido no país desde os anos 1980. Observa-se que as políticas direcionadas à família foram historicamente caracterizadas como parte de uma atuação disciplinadora, sendo tal análise bastante influenciada pela disseminação das conhecidas e criticadas experiências de implementação de programas direcionados ao controle da natalidade no país, nos anos 1970.

Nas duas últimas décadas, sob outra perspectiva, o tema família é retomado nos estudos sobre políticas e programas sociais. Em um cenário de agudização da pobreza e de crescente complexidade dos problemas sociais, toma fôlego o argumento de que é possível alcançar melhores resultados a partir da implementação de políticas e programas que considerem a família como sujeito no processo de proteção social. Nesta direção, entende-se também que os programas sociais têm maior possibilidade de otimizar recursos (de diversas ordens) quando passam a focar a família ao invés do indivíduo. Cabe lembrar que, na década 1990, há incremento de políticas públicas voltadas para as famílias pobres, podendo-se destacar o Programa Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde e os programas de transferência de renda desenvolvidos por muitos municípios brasileiros. Esta tendência de priorizar a família como unidade de intervenção da política social se efetiva na formulação do PBF em 2003 e na definição do Sistema Único de Assistência Social³⁹ (SUAS) no ano de 2004.

³⁹ O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado recentemente em 2005, também

Com relação ao PBF, observa-se que seus idealizadores demonstraram certa preocupação em incorporar um conceito mais amplo de família, no qual se verifica tendência de rompimento com a idéia tradicional de núcleo familiar. Nesta direção, consta no artigo 2º da lei de criação do PBF a definição de família como uma “*unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros*” (Brasil, 2004).

Diferentemente dos programas de transferência de renda anteriores, que consideravam inelegíveis as famílias sem filhos, gestantes ou nutrizes, o Bolsa Família, em certa medida, amplia seu escopo de atendimento ao permitir o acesso destas famílias ao Programa. Importante salientar que se trata ainda de uma perspectiva restritiva, haja vista que o acesso das famílias sem filhos é somente permitido àquelas em situação de pobreza extrema⁴⁰. Sobre isso afirma Linhares :

“O ingresso no PBF é irrestrito somente para as famílias em situação de extrema pobreza, pois as que se encontram em situação de pobreza só poderão ingressar no programa se tiverem em sua composição crianças, gestantes e nutrizes” (2005:99).

Importante observar que ao tratar dos programas de transferência de renda implementados nos anos 1990, Draibe (1998) ressalta que o foco na família foi a forma encontrada pelos formuladores dos programas de transferência de renda para atingir seu principal público-alvo – crianças e adolescentes – e incluí-los em outras políticas, sobretudo educação, tornando pais e responsáveis meros intermediários neste processo. De igual modo, espera-se que o receptor da complementação da renda mensal não se comporte como indivíduo isolado, mas use os recursos para promoção da família.

No entanto, a atual priorização da família na formulação do Bolsa Família pode representar um avanço com relação ao desenho de programas sociais anteriores, sobretudo se forem, efetivamente, desenvolvidas ações de acompanhamento social das famílias beneficiárias. Neste caso, é necessário dar especial atenção às ações ditas complementares que, conforme previsto no desenho do PBF, tem por finalidade promover a inclusão social das famílias pobres através da oferta de programas de

incorpora a família como unidade central de intervenção. Não resta dúvida que é necessário entender melhor a concepção de família e de proteção social presentes no desenho do SUAS.

⁴⁰ A inclusão das famílias pobres, com renda per capita familiar entre 61 reais e 120 reais, permanece condicionada a exigência de ser composta por crianças, gestantes ou nutrizes.

geração de emprego e renda, micro-crédito, dentre outros.

Assim, o acompanhamento social não pode ser confundido com controle e fiscalização das contrapartidas, uma vez que diz respeito a um processo abrangente de intervenção profissional, através da inserção dos beneficiários em ampla rede de proteção social. É preciso, portanto, examinar as possibilidades de inserção social e profissional que realmente estão sendo oportunizadas às famílias beneficiadas.

Sabe-se, entretanto, que a abordagem focada na família exige um esforço teórico/prático de conceber a família como parte de uma complexa rede de relações que articulam as mais diferentes estratégias de sobrevivência nas esferas econômica, social, política e cultural.

Do mesmo modo que os programas de transferência de renda anteriores, a legislação relativa ao PBF indica que o benefício deve ser pago preferencialmente às mulheres. Tal definição está ancorada na concepção de que as mulheres teriam maiores condições de maximizar o benefício recebido, além de aumentar as chances de cumprimento da agenda de compromissos, além do que sabe-se que grande parte das famílias brasileiras é monoparental e chefiada por mulheres.

Um outro aspecto que merece destaque e parece corroborar a análise de Draibe (1998), é que, apesar do programa optar pelo foco na família, as exigências de contrapartidas (frequência escolar, vacinação, ações relativas à saúde da mulher) estão previstas apenas para os grupos já tradicionalmente priorizados na política social, quais sejam: gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes.

O pagamento é feito às mulheres através de cartão eletrônico distribuído pela Caixa Econômica Federal, uma vez que cabe a este banco federal a função de agente operador preferencial do Programa. Esta forma direta de pagamento dos benefícios por meio do cartão eletrônico significa, sem dúvida, uma racionalização da gestão do Programa, onde se vislumbra a diminuição dos custos administrativos e redução das possibilidades de desvios destes recursos financeiros pelas administrações municipais não comprometidas com a eficácia e equidade dos programas e políticas sociais.

Quanto ao tempo de permanência no PBF, a legislação existente (até 2007) não é clara, porém define as situações em que pode ocorrer o desligamento das famílias beneficiárias, quais sejam: comprovação de trabalho infantil, descumprimento de condicionalidades, comprovação de fraude ou prestação deliberada de informações incorretas quando do cadastramento, desligamento por ato voluntário do beneficiário ou

por determinação judicial, alteração do cadastro da família, cuja modificação implique a inelegibilidade ao Programa ou aplicação de regras existentes na legislação relativa aos programas remanescentes, respeitados os procedimentos necessários à gestão unificação.

2.3) Condicionalidades⁴¹

Nos anos 1990, como mencionado, a maioria dos programas de transferência monetária implementados por diversos municípios brasileiros apostou na combinação de ações assistenciais e estruturais. Em razão disso, observa-se a recorrência de programas que apresentam em seu desenho a exigência de contrapartidas com o argumento de promover processos de inclusão social, pelo menos das gerações futuras. Acredita-se, portanto, que a obrigação de manutenção de crianças e adolescentes na escola e também a frequência regular aos serviços de saúde são capazes de ampliar os direitos de cidadania e alterar o círculo vicioso da pobreza.

Em novembro de 2005, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) publica a Portaria 551 que dispõe sobre a gestão e acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Importante ressaltar que esta Portaria,

⁴¹ A análise aqui realizada se pauta na legislação que normalizou a **gestão das condicionalidades** até 2008, ou seja, fundamentalmente a Portaria GM/MDS n.551 de 9/11/05. Diz-se isto porque ao final de 2008 foi publicada nova Portaria - de n. 321 de 29/9/2008 - destinada a tratar do mesmo assunto e que revogou a de n. 551 de 9/11/05. A portaria 321 não muda a essência das normas e sanções já definidas para o acompanhamento das condicionalidades, mas define as condicionalidades para as crianças e adolescentes até 15 anos em situação de risco ou retiradas do trabalho infantil (consequência da incorporação do PETI ao PBF) e para os jovens de 16 e 17 anos de famílias beneficiadas pelo PBF que passaram a ter acesso ao Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) em 2008. Quanto às crianças e adolescentes até 15 anos é cobrado frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços sócio-educativos e de convivência. Já os jovens que recebem o BVJ devem cumprir 75% de frequência escolar, sendo que o descumprimento das condicionalidades por parte desse grupo etário não acarreta o bloqueio e cessação do benefício da família, mas somente do BJVA. Esta nova Portaria reitera as normas previstas na Portaria 551 de 2005 para coleta de informação e registro nos sistemas de informação das condicionalidades do MEC e do MS, assim como reafirma a aplicação dos efeitos previstos em caso de descumprimento das condicionalidades. Um aspecto curioso é que a expressão 'Das Sanções' que dá título a um dos capítulos da Portaria 551/05 é substituída, na nova Portaria por 'Dos Efeitos Dos Descumprimentos e do Recurso'. Esta Portaria inova ao acrescentar definições relativas às funções da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) no âmbito da coordenação nacional do Bolsa Família, o que parece ser consequência do reconhecimento de que há debilidades na oferta de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), notadamente no que se refere ao acompanhamento das famílias beneficiárias através de ações sócio-educativas. Também nesta Portaria acrescenta-se que as famílias não podem ser consideradas em situação de descumprimento quando houver problemas de saúde e outros motivos sociais reconhecidos pelo MEC, MS e MDS, assim como reitera a Portaria anterior ao definir que não haverá sanção nos casos em que ficar demonstrada a inexistência de oferta do serviço público. No entanto, persiste a ausência de qualquer definição quanto à penalização dos municípios.

promulgada um ano após a legislação que define as formas de acompanhamento das condicionalidades nas áreas de saúde e educação⁴², traz uma preocupação específica com a gestão do controle das contrapartidas, estabelecendo principalmente as sanções aplicáveis às famílias beneficiárias desse programa.

A propósito desta preocupação, o tema da “fiscalização” das contrapartidas foi alvo de muitas críticas por parte da imprensa brasileira, notadamente a partir do segundo semestre de 2004. Grande parte das críticas se referia à existência de falhas no sistema de controle da frequência escolar das crianças e adolescentes, o que caracterizaria o Bolsa Família como um programa assistencialista. O fato é que a Portaria 551/05 é publicada neste contexto e, ao que parece, seu conteúdo responde as críticas feitas pela imprensa.

No primeiro artigo da referida Portaria fica claro que a gestão das condicionalidades deve englobar os três níveis de governo, sendo entendida como um conjunto de ações que vai desde o acompanhamento do cumprimento das contrapartidas até o registro, por parte dos municípios, das informações acerca do monitoramento realizado. A União, Estados, Municípios e Distrito Federal devem contribuir para que as famílias beneficiárias tenham condições de cumprir as condicionalidades, além de criar estratégias para evitar que estas permaneçam em situação de descumprimento das condicionalidades previstas no Programa.

Quanto às atribuições dos estados, está previsto que é de responsabilidade destas instâncias atuar de forma a cooperar com os municípios para garantir capacitação de recursos humanos, apoio e mobilização para a gestão das condicionalidades. De modo bastante genérico é sinalizado que os estados também têm a responsabilidade de orientar as famílias beneficiárias sobre a importância do cumprimento das condicionalidades.

Todavia, é sobre os municípios que recai a maior parte das responsabilidades de gestão das condicionalidades do Bolsa Família. Compete a este ente subnacional ofertar, adequada e regularmente, os serviços de educação e saúde previstos nas contrapartidas do Programa, utilizando para o registro das informações os sistemas disponibilizados pelos Ministérios da Educação (MEC) e Saúde (MS). Deste modo, cabe ao gestor municipal do Programa: *capacitar os agentes envolvidos na tarefa de acompanhar as condicionalidades; orientar e estimular as famílias para cumprir as condicionalidades*

⁴² Portaria Interministerial MEC/MDS nº 3.789, de 17 de Novembro de 2004 e Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de Novembro de 2004.

do Bolsa Família; garantir monitoramento das famílias em dificuldade de cumprimento das condicionalidades; notificar formalmente o responsável legal da família quando identificar o descumprimento de qualquer condicionalidade e, por último, encaminhar a relação das famílias que devem ter o benefício cancelado para a instância de controle social do Programa.

Está previsto também que é competência do MDS rescindir o acordo de adesão ao Programa em caso do município não realizar os procedimentos de gestão das condicionalidades definidas na legislação pertinente. Ao mesmo tempo não é permitido ao município instituir outras condicionalidades e sanções às famílias beneficiárias.

A Portaria em questão considera as instâncias locais de controle social como co-responsáveis pela gestão das condicionalidades. Devem, portanto, *acompanhar a oferta dos serviços públicos relativas ao cumprimento das condicionalidades; trabalhar no sentido da articulação com outros conselhos de políticas setoriais existentes no município tendo em vista garantir a oferta de serviços necessários; tomar conhecimento, sem prejuízo dos cuidados éticos, da lista de beneficiários que não cumprirem as condicionalidades; contribuir para o aperfeiçoamento da rede de proteção social, além de estimular o Poder Público a acompanhar as famílias com dificuldade e risco de não cumprimento das condicionalidades.*

No que se refere às sanções, vale destacar que todos os procedimentos e mecanismos estão previstos de forma detalhada. Todavia, no que diz respeito aos procedimentos que poderiam definir e induzir o acompanhamento adequado das famílias, principalmente aquelas com dificuldade de cumprir as condicionalidades, observa-se apenas referências genéricas quanto a importância do município estar atento para tal questão⁴³.

Com efeito, conta-se hoje com uma base legal bastante detalhada para exercer o acompanhamento e controle das condicionalidades das famílias beneficiadas. Sendo assim, as famílias que estiverem inadimplentes⁴⁴ com relação ao cumprimento das

⁴³ Vale dizer que na Portaria 321 de 29/09/2008 há um enfoque um pouco diferenciado para esta questão, visto que, de forma inédita, se reconhece o papel da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) na orientação e apoio aos estados e municípios para que criem condições para a inclusão das famílias beneficiadas pelo PBF nos serviços de proteção básica e especial do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Na Portaria anterior (551/05) não havia menção a Secretaria Nacional de Assistência Social, apenas à SENARC (Secretaria Nacional de Renda de Cidadania), ambas vinculadas ao MDS.

⁴⁴ No primeiro registro de inadimplência o município deverá notificar o representante legal da família que poderá, mediante preenchimento de formulário padrão e no prazo de 30 dias a partir do recebimento da notificação, impetrar recurso junto ao gestor municipal do PBF.

condicionalidades estão sujeitas a: bloqueio do benefício por 30 dias; suspensão do benefício por 60 dias e cancelamento do benefício⁴⁵.

Tais sanções são cumulativas e cada uma delas tem validade por 18 (dezoito) meses. Após esse período, não havendo novo registro de descumprimento de condicionalidades serão desconsiderados o(s) registro(s) anteriores. Uma vez cancelado o benefício, a família apenas poderá obter nova concessão após o prazo de 180 dias do referido cancelamento desde que ela se mantenha dentro dos critérios de elegibilidade do Programa, haja disponibilidade financeira para a concessão de novos benefícios e, além disso, o retorno da família fica na dependência de inexistir, no município, outras famílias elegíveis para o Programa. Com efeito, tais regras dificultam o retorno das famílias “inadimplentes” ao Bolsa Família, podendo criar um processo de exclusão que alarga ainda mais a distância entre o PBF e a Lei de autoria do senador Eduardo Suplicy⁴⁶, recém aprovada no Congresso Nacional, que institui uma renda básica de cidadania universal e incondicional.

As famílias estão preservadas de qualquer sanção somente quando ficar comprovado que o cumprimento das condicionalidades foi prejudicado em razão de problemas relativos à oferta de serviços por parte dos municípios. Entretanto, a ausência de informação acerca do acompanhamento das condicionalidades também poderá acarretar em bloqueio e perda do benefício, a critério do MDS. Considerando que o município é o responsável pelo registro das informações em sistemas definidos pelos Ministérios da Educação e Saúde, e levando ainda em conta a diversidade da capacidade institucional e gerencial destes entes da federação para atender a tais requisições, é legítima a preocupação com possíveis punições em razão da dificuldade dos municípios em manter as informações atualizadas. Neste sentido, o aparato legal existente parece sugerir que os municípios brasileiros são capazes de cumprir com suas atribuições relativas ao PBF em condições adequadas. Tal interpretação é reforçada pelo fato de que a ausência de informação é automaticamente entendida como descumprimento de condicionalidades por parte da família, ao passo que o texto legal não menciona nenhum tipo de punição aos municípios.

⁴⁵ A Portaria 321 de 29/9/2008 estabelece as sanções da seguinte forma: para o primeiro registro de descumprimento de famílias com crianças e adolescentes até 15 anos, nutrízes e gestantes há uma advertência, no segundo registro de descumprimento se procede ao bloqueio do benefício por um mês, no terceiro registro ocorre a suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro se dá suspensão do benefício por dois meses e no quinto registro, o benefício é cancelado.

⁴⁶ Lei 10835/04.

Deve-se ressaltar que a legislação até então existente se referia ao desligamento das famílias de modo difuso, isto é, sem definir o tipo de punição e os responsáveis por esse processo. Desse modo, o conteúdo desta Portaria surpreende visto que, até então, o conjunto de dispositivos legais permitia imaginar que a exigência de condicionalidades no desenho do Programa poderia ser entendido como uma estratégia para estimular a inclusão de famílias pobres nos serviços sociais fundamentalmente através de acompanhamento sócio-educativo, estando, portanto, relegado a segundo plano as ações punitivas que ora são definidas.

No campo da saúde existem dois instrumentos legais que foram criados com o objetivo de contribuir para conferir certa uniformidade ao processo de implementação das condicionalidades nesta área, quais sejam: a Portaria Interministerial MS/ MDS n. 2.509 de 18 de novembro de 2004, cujo objetivo é estabelecer as normas para a oferta e monitoramento das ações de saúde relativa às condicionalidades das famílias beneficiárias do PBF, e o Manual de Orientações sobre o Bolsa Família na Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2005, que visa, com base na Portaria acima mencionada, orientar os gestores das Secretarias Estaduais e Municipais, assim como as coordenações estaduais e municipais, no sentido de implantar o acompanhamento das condicionalidades do Programa.

De acordo com a legislação existente, as principais funções da Secretaria Municipal de Saúde na operacionalização do Bolsa Família são: *indicar um representante técnico; participar da gestão intersetorial do Programa no município; prover as ações básicas de saúde que fazem parte das condicionalidades (pré-natal, vacinação, vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento do crescimento, desenvolvimento infantil e estímulo ao aleitamento materno); promover atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável; implantar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN - que deve prover as informações sobre o acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do Programa.*

Considerando que a normalização das condicionalidades do PBF na saúde define que o setor é responsável pelo acompanhamento de todas as gestantes e crianças menores de 7 anos de idade pertencentes às famílias inscritas no Programa, o Ministério da Saúde definiu que o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) será a base de informação sobre o acompanhamento das contrapartidas. Importante ressaltar que o SISVAN é um instrumento destinado ao acompanhamento do estado nutricional

de toda clientela atendida no SUS, mas tem sido utilizado basicamente no processo de monitoramento de crianças. E mesmo no que se refere ao acompanhamento deste grupo específico, há ainda severos problemas de implementação desta ação de vigilância nutricional em muitos municípios brasileiros.

Cabe acrescentar que se o município não enviar os dados de acompanhamento do SISVAN nos prazos previstos pelo Ministério da Saúde pode haver prejuízo no repasse do benefício às famílias. Esses dados transmitidos pelos municípios devem ser consolidados pelo Ministério da Saúde que, por sua vez, tem a obrigação de repassá-los ao Ministério de Desenvolvimento Social, gestor federal do Programa.

A legislação existente⁴⁷ frisa, ainda, que é de responsabilidade das equipes de saúde divulgar para as famílias participantes do Programa os compromissos a que estão sujeitas. Os compromissos das famílias são os seguintes:

**Gestantes: Fazer inscrição no pré-natal e comparecer às consultas, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; participar de atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável da gestante e preparo para o parto.*

**Mãe ou responsável pelas crianças menores de 7 anos: Apresentar o registro de nascimento da criança; levar a criança à unidade de saúde para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde; participar de atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança; cumprir o calendário vacinal da criança, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.*

No caso das condicionalidades da saúde, pode-se imaginar que, se por um lado, tais exigências têm potencial de facilitar o acesso de camadas mais pobres da população aos serviços de saúde, por outro, coloca dúvida sobre a capacidade dos serviços de saúde absorverem adequadamente (com quantidade e qualidade) o aumento de demanda resultante da implementação do Programa. Também não se podem desconsiderar as

⁴⁷ A Portaria 321 de 29/09/2008 acrescenta que deve ser cobrado das crianças e adolescentes até 15 anos a frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços sócio-educativos e de convivência. Já os jovens que recebem o BVJ devem cumprir 75% de frequência escolar.

condições das famílias para atender as várias requisições impostas pelas condicionalidades.

Com certeza, tais questões dependem de vários fatores inter-relacionados, tais como: *capacidade de indução dos níveis supra-nacionais tendo em vista a reorganização dos serviços; adesão e capacitação dos profissionais envolvidos; grau adequado de coordenação intersetorial; amadurecimento das relações intergovernamentais, capacidade institucional e política do nível local, controle social, dentre outras questões.*

A exigência de contrapartidas é ponto central do desenho do PBF e vem se traduzindo em uma questão bastante polêmica nas discussões acadêmicas e políticas sobre o Programa. Tal polêmica aparece, por um lado, no reconhecimento de que as condicionalidades têm potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde, o que, de certa forma, pode representar uma oportunidade para ampliar o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais e, por outro lado, se traduz na idéia de que à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigatoriedades, podem ser ameaçados os princípios de cidadania (Lavinias, 2000).

Esta autora afirma também que a contrapartida condiciona o direito constitucional à assistência ao cumprimento de exigências numa situação em que os potenciais beneficiários já estão em situação bastante vulnerável. Por outro lado, Silva (2001) tematiza a contrapartida como uma possibilidade de combinação do compensatório com o estrutural, visto que, por exemplo, é a própria exigência de manter crianças na escola que permitiria minimizar os efeitos do trabalho infantil sobre as oportunidades de escolaridade de crianças e jovens. Dentro desta perspectiva, não cabe nenhum grau de sanção às famílias.

Quanto a este debate é preciso considerar que a contrapartida exigida não se configura em termos de contribuição financeira tal como no passado meritocrático de nossa política social. Entretanto, tal argumento é insuficiente para encerrar a reflexão sobre a pertinência ou não desta exigência. Desta forma, permanece a questão: a contrapartida é uma cobrança indevida, já que o direito é uma prerrogativa dos membros de uma sociedade ou é aceitável, principalmente no caso brasileiro, porque se trata de envolver as famílias num circuito virtuoso de direitos e deveres com potencial para ultrapassar o assistencialismo e fomentar a cultura cívica?

Assim, ao exigir uma contrapartida dos beneficiários, os programas de transferência de renda introduzem, ao mesmo tempo, a difícil escolha entre, de um lado, romper com a noção de direito incondicional, à medida que os compromissos tornam os beneficiários co-responsáveis pela superação de suas dificuldades, e, de outro lado, adotar a estratégia de exigir contrapartidas com a perspectiva de atacar, de uma só vez, várias dimensões da pobreza. Esta última perspectiva visa, portanto, suprir uma deficiência de longa data, atendendo a um conjunto de carências jamais consideradas no rol de políticas e programas sociais brasileiros.

No entanto, como vimos, tal perspectiva torna-se bastante complexa quando a legislação referente ao PBF se preocupa em detalhar o processo de punição às famílias que não cumprirem as condicionalidades. Com certeza, permanece na ordem do dia a instigante questão condicionalidade versus incondicionalidade dos programas de transferência de renda.

Contudo, não se pode deixar de pontuar que uma vez exigidas condicionalidades é preciso traçar mecanismos consistentes de acompanhamento social das famílias beneficiárias, tendo em vista a necessidade de reverter tal exigência em oportunidade de inserção nos serviços sociais⁴⁸. Desta forma, pode-se afirmar que a adoção de condicionalidades em programas de transferência de renda somente é válida quando entendida e implementada como estratégia de ampliação do acesso aos serviços sociais e políticas de emprego e renda, não sendo, portanto, o mero reflexo de uma visão restritiva do direito social.

Em suma, considerando a expectativa do Programa Bolsa Família com relação às condicionalidades e a polêmica em torno da relação - contrapartidas versus direitos sociais - cabe indagar se tal exigência pode, de fato, impulsionar processos virtuosos que apontem para a ampliação do acesso ao sistema de proteção social. Neste contexto tornam-se altamente relevantes os estudos voltados para a implementação das condicionalidades do Programa.

⁴⁸ Vale reafirmar que é somente com a publicação da Portaria 321/08 que a questão do acompanhamento social das famílias por parte da assistência social é considerada na legislação sobre o acompanhamento das condicionalidades do PBF, mas ainda assim não se tem definições sobre as estratégias de implementação.

2.4) Descentralização, Intersetorialidade e Controle Social

No que se refere à institucionalidade do Programa Bolsa-Família, um aspecto a ser destacado é que o desenho do Programa depende da ação coordenada dos três níveis de governo e de diversos setores governamentais e não governamentais. Assim sendo, descentralização, intersetorialidade, além do controle social, são os principais núcleos ordenadores do processo de implementação que se pretende levar a cabo.

Desde a criação do PBF, o governo federal tem dado ênfase à diretriz da gestão compartilhada do programa, envolvendo as três esferas de governo. O Decreto 5.209/04 define as funções do governo federal, estados e municípios, mas é apenas com a promulgação, no ano de 2005, de um conjunto de Portarias do MDS que se tornam mais claras as atribuições de cada esfera de governo.

A coordenação do Programa é responsabilidade do governo federal, devendo haver articulação entre os ministérios setoriais e demais entes federados. Nesta perspectiva, está determinado no Decreto acima referido que o Conselho Gestor do Programa Bolsa Família - CGPBF - deverá ter composição ampla, o que abarca os principais ministérios da área social, além do Planejamento e Fazenda. A proposta é imprimir, desde o nível federal, um caráter intersetorial à gestão do Programa.

Cabe ressaltar, entretanto, que a implementação descentralizada é uma das marcas do desenho do PBF. Assim, a análise do aparato legal existente mostra que a maior parte das responsabilidades recai sobre o nível local, cabendo aos estados função complementar, fincado sobretudo às funções de assessoria aos municípios.

Para que os estados possam aderir ao PBF, conforme previsto na Portaria MDS 360/05, é necessário que as ações de assessoria aos municípios estejam definidas no chamado Plano de Ação Estadual para Apoio à Atualização do Cadastro Único dos Programas Sociais. Ainda neste instrumento normativo está prevista a constituição da coordenação estadual intersetorial do PBF, composta por representantes das áreas de saúde, educação, assistência social, entre outras, visando, principalmente, estabelecer articulação com o governo federal e municípios.

Um aspecto destacado pelo MDS como estratégia importante de incentivo à adesão ao Programa e à cooperação intergovernamental é a possibilidade de complementação, por parte dos níveis sub-nacionais, dos recursos transferidos pela

União às famílias beneficiárias.

Como dito, o desenvolvimento, gestão, fiscalização, acompanhamento das condicionalidades, implementação e atualização do Cadastro Único, bem como as funções de interlocução com os membros da instância de controle social são, fundamentalmente, atribuições dos municípios. Tendo em vista o tamanho da responsabilidade desta esfera de governo e, ao mesmo tempo, o vazio com relação às atribuições dos estados, vê-se que há forte tendência de que o relacionamento e diálogo em torno do Programa aconteçam de forma quase que direta entre governo federal e município.

A indução financeira é a principal estratégia utilizada pelo MDS para fomentar a implementação descentralizada do Programa. Assim, a Portaria 246/05 define que é condição para repasse de recursos aos municípios a assinatura do Termo de Adesão e a indicação do gestor municipal.

Considerando ainda a necessidade de qualificar a implementação do Programa, o governo federal aprofunda a estratégia de incentivo financeiro através do estabelecimento de um índice de qualidade da gestão descentralizada (IGD) do Programa Bolsa Família. O IGD varia de 0 a 1 e é composto pelas variáveis relativas às informações sobre frequência escolar, acompanhamento dos beneficiários nos postos de saúde, cadastramento correto e atualização cadastral. Cada uma das quatro variáveis representa 25% do IGD. Este índice pretende estabelecer um *ranking* das experiências de implementação do PBF, dando visibilidade e premiando àquelas bem-sucedidas, inclusive incentivando a gestão de qualidade através do repasse de recursos financeiros extras para as prefeituras que alcançarem desempenho acima de 0,4 do índice. Esses recursos devem ser repassados diretamente do Fundo Nacional de Assistência Social para o Fundo Municipal de Assistência Social⁴⁹.

No entanto, se as estratégias de indução da gestão intergovernamental apresentam grau relativo de amadurecimento, o mesmo não ocorre com a proposta de desenvolver o Programa com base na intersetorialidade. Em que pese o fato da diretriz intersetorialidade estar presente em todo o aparato legal (na composição das

⁴⁹ Os únicos recursos financeiros repassados diretamente ao Fundo Municipal de Assistência Social são aqueles relativos à atualização do Cadastro Único e ao Índice de Gestão Descentralizada. A transferência monetária é feita diretamente ao beneficiário do Programa através da Caixa Econômica Federal, onde os beneficiários fazem o saque através de cartão magnético.

coordenações do programa, nas condicionalidades e no controle social), cabe destacar que se trata de referência genérica que não confere maior clareza acerca do papel dos níveis subnacionais de governo nesta questão⁵⁰.

No caso do PBF, a comunicação e a coordenação entre as Secretarias Municipais de Assistência, Saúde e Educação mediante a elaboração de planejamento conjunto são fundamentais para que a implementação do Programa obtenha sucesso. Para tal, é necessário a concordância daqueles que detêm autoridade legal e dos demais atores relevantes na arena local, como os gestores e os agentes implementadores. Este é um processo que exige, através de ampla negociação política, a neutralização de possíveis resistências ao Programa. Sabe-se que é difícil atingir situações de plena concordância, porém o grau de sucesso do Programa depende do consentimento e cooperação de diversos atores localizados em diferentes arenas intergovernamentais e intersetoriais.

O controle social também constitui um dos grandes desafios do PBF. Assim como a questão do acompanhamento das condicionalidades, a problemática em torno do controle social ganhou centralidade no debate público a partir, principalmente, das denúncias de fraudes no processo de cadastramento, seleção, entrega de cartões e acompanhamento das condicionalidades, veiculadas nos diversos meios de comunicação durante o segundo semestre de 2004. Tal situação expôs a fragilidade (ou mesmo a ausência) de mecanismos institucionais de participação e controle democrático no âmbito do Bolsa Família.

Vale frisar que na fase de implantação do Bolsa Família havia um vazio com relação à normalização das ações de controle social. A lei 10.836/04 que cria o Programa apenas indica que o controle social dever ser realizado no âmbito local, através de um conselho ou comitê instalado pelo Poder Público Municipal, mas não definiu qual seria esta instância nem tampouco qual deveria ser o seu papel com relação ao Programa.

A definição legal dos mecanismos e das instâncias responsáveis pelo acompanhamento do PBF só ocorre pouco mais de um ano após sua implantação quando o programa já atinge quase todos os municípios do país e cerca de 8 milhões de

⁵⁰ Cabe aqui abrir um parêntese para mostrar que a Portaria n. 321 de 29/9/08 já dá um tratamento mais específico para a questão da intersetorialidade afirmando inclusive que é função das coordenações estaduais e municipais do PBF incentivar e realizar planejamento intersetorial anual. O debate acerca da intersetorialidade no âmbito do PBF encontra-se no capítulo 5 deste trabalho.

famílias. Tais definições estão expressas no Decreto de regulamentação do PBF e na Portaria 660, publicadas em setembro e novembro de 2004, respectivamente.

No referido Decreto está previsto que o controle social no nível local deve ser feito por um conselho formalmente constituído pelo município ou mesmo por uma instância já existente. Neste caso, deve ser respeitada a paridade entre governo e sociedade civil, incluindo a representação dos beneficiários. A proposta de intersectorialidade é bastante enfatizada e é obrigatório que os conselhos tenham em sua composição representantes, pelo menos, das áreas de Educação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar, Criança e Adolescente. Este conselho deve ter caráter deliberativo, tendo como principais atribuições o acompanhamento, avaliação e fiscalização da execução do Programa no âmbito municipal. Há também neste Decreto referência à importância da criação de um conselho de controle social estadual nos moldes acima descritos. Porém, não é obrigatório que o governo estadual assim proceda, o que demonstra que o controle social é, sobretudo, uma atribuição do município. Deste modo, no que tange ao controle social, o nível estadual tem função complementar.

Contudo, dada a urgência em implantar mecanismos de controle social do Bolsa Família, o MDS, através da Portaria 660 de novembro de 2004, atribuiu, temporariamente, o controle do PBF aos Comitês Gestores do Programa Fome Zero e aos Conselhos Municipais de Assistência Social. Neste momento, ficou definido que estes órgãos devem ter livre acesso aos formulários do Cadastro Único e aos sistemas de informação do Programa, além da tarefa de apoiar os municípios na formação das instâncias de controle social previstas na lei de criação do PBF. A proposta é que as competências dos comitês e conselhos sejam extintas quando tais instâncias estiverem funcionando plenamente.

Outro aspecto relevante desta Portaria é a intenção de dar transparência ao processo de gestão local e controle social através da responsabilização dos atores envolvidos na implementação do programa. Neste sentido, passa a ser exigência legal que o município, através do prefeito, indique o gestor municipal do PBF, bem como o conselho de política pública que formalmente responderá pelo acompanhamento das ações do Bolsa Família.

Mas, é somente em maio de 2005 que se têm definições mais detalhadas sobre o

controle social do PBF. A Portaria 246/05, ao estabelecer os procedimentos de adesão ao Bolsa Família, exige que o município tenha instância de controle social legalmente constituída como condição necessária para receber os incentivos financeiros previstos. Observa-se, a exemplo do processo de descentralização de outras políticas e programas sociais federais, que a estratégia do MDS incentiva a formação de instâncias locais de controle social, impondo constrangimentos aos municípios que não se adequem a tais requisitos. Sobre este ponto, vale resgatar a discussão presente na literatura acerca das recorrentes experiências de formalização burocrática dos conselhos de políticas, caracterizando, em muitos casos, processos que carecem de representatividade social (Gerschman, 2004).

Na mesma data, e como desdobramento da referida Portaria, foi publicada a Instrução Normativa nº. 01 (exatamente um ano e sete meses após a implantação do Programa) na qual o MDS detalha os procedimentos para a constituição das instâncias de controle social no nível municipal. A preocupação aqui é, além de reiterar questões como a paridade de representação e a composição intersetorial, discriminar as funções do poder público, os setores da sociedade civil que devem estar representados, os critérios que devem reger a eleição de seus membros, bem como estabelecer de forma clara todas as atribuições da instância de controle social. Cabe registrar que estas atribuições são bastante amplas, o que exige, por parte dos conselheiros, vasto domínio de todas as dimensões do processo de implementação do PBF, que vai desde a seleção até o acompanhamento das condicionalidades. Ademais, chama atenção o risco de se confundir as funções de controle social com aquelas que caberiam especificamente aos gestores do PBF.

No entanto, o exercício do controle social é tarefa que exige propostas potentes de formação de conselheiros, visto que, além de tratar-se de um programa social com mecanismos de gestão altamente complexos, apresenta muitas inovações em termos de seu desenho operacional. O que se quer enfatizar aqui, não obstante as ponderações acima realizadas e a inquestionável relevância do controle democrático em qualquer área de política pública, é que o Bolsa Família demanda um alto grau de participação social em razão, principalmente, da possibilidade de desligamento das famílias beneficiárias em caso de não cumprimento das contrapartidas e do risco de interveniências clientelistas.

Neste cenário, seria relevante que houvesse, desde já, mecanismos instituídos

para a capacitação dos conselheiros do PBF. Mas, a legislação existente é bastante frágil neste aspecto e o que se verifica é apenas a menção de que esta deve ser uma responsabilidade conjunta entre municípios, estados e governo federal, sem qualquer outro tipo de definição de diretrizes mais gerais de um (necessário) processo nacional de capacitação dos membros das instâncias de controle social.

A implementação das instâncias de controle social se constitui um desafio não só para o PBF mas para as políticas públicas de forma geral, haja vista que é um processo que reflete aspectos mais estruturais da sociedade brasileira. A debilidade em termos da organização da sociedade civil e a tradição clientelista de atuação do poder público dificultam a constituição de processos participativos pautados nos valores democráticos.

No caso do Programa Bolsa Família, esses desafios se tornam ainda mais complexos considerando que a composição do conselho deve ser intersetorial. Todavia, não trata-se apenas de ampliar o número de representantes na instância de controle social do Programa, é necessário redimensionar a própria concepção e lógica de atuação incorporando uma dinâmica de funcionamento diferente das experiências até então existentes. Neste sentido, está em jogo a capacidade dos membros das instâncias de controle social em responder as novas demandas que a tarefa exige, sendo que, dentre elas, estão a necessidade de domínio de diferentes discursos técnicos (já que o conselho deve ser intersetorial) e o desenvolvimento de habilidades que favoreçam a negociação política.

Além disso, as características próprias do processo de implementação do Programa marcada por grande atraso na definição dos códigos legais que estabelecem as atribuições dos diferentes níveis de governo e dos inúmeros atores envolvidos na cadeia de implementação é fato que deve ser considerado na análise dos desafios de execução do PBF. Por um lado, ainda que este atraso possa favorecer um processo mais pactuado entre o MDS, estados e municípios, por outro, tende a produzir enormes dificuldades na implementação local do Programa.

Desta maneira, considerando que o PBF começa a ser implantado em outubro de 2003 (respaldado pela Medida Provisória 132/03) e que a legislação complementar é bem posterior, é cabível supor que esse descompasso de tempo tenha limitado a operacionalização inicial do PBF, sobretudo no que se refere à coordenação eficaz das ações, questão fundamental em face da enorme heterogeneidade do país e da própria complexidade da gestão do Programa.

A velocidade de implementação é retratada pelos dados de cobertura do programa. Isto é, em dezembro de 2003, o programa atendia 3,6 milhões de famílias, passando para 6,5 milhões no mesmo mês do ano seguinte e, em dezembro de 2005, já atingia um total de 8,7 milhões. No início de 2006, o PBF alcançou a meta prevista de 11,1 milhões de famílias atendidas⁵¹.

2.5) Financiamento e Monitoramento

No que diz respeito ao financiamento, a legislação prevê a unificação no MDS dos recursos dos antigos programas de transferência de renda que agora integram o PBF. Também está prevista a incorporação de recursos provenientes do Cadastro Único e de outras dotações do orçamento da Seguridade Social. Um aspecto a ressaltar é a ausência de especificação de novas fontes de recursos e sua limitação ao montante já disponível, conforme mostra o parágrafo único do artigo 6 da lei 10.836/04 que cria o Programa: *“O Poder Executivo deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família com as dotações orçamentárias existentes”*.

Desde o início do governo Lula, com a formulação do Programa Fome Zero e posterior implantação do Bolsa Família, observa-se um discurso recorrente (e inovador para nossa tradição) de que a política social deve se articular à política econômica na perspectiva de rever o histórico desequilíbrio entre acumulação e equidade, onde a política social seria o epicentro das políticas públicas. Contraditoriamente, no que se refere a prioridade do gasto social, a própria lei de criação do PBF impõe constrangimentos à ampliação dos beneficiários do Programa.

Quanto ao monitoramento e avaliação de políticas e programas sociais, é sabido que esta prática não faz parte de nossa tradição científica. Na realidade, nossa trajetória é marcada por grandes fragilidades com relação ao planejamento, acompanhamento de políticas públicas em geral. Mas, no que tange à esse aspecto, o MDS parece demonstrar que estão ocorrendo mudanças importantes nesta área, pois desde o início da implantação do PBF vários estudos de avaliação estão em andamento.

Vale frisar que existe no âmbito da estrutura do MDS uma coordenadoria específica de avaliação e monitoramento das ações executadas por este Ministério, incluindo aí o PBF. Assim, o monitoramento e a avaliação são enfatizados como

⁵¹ Dados oficiais retirados do endereço eletrônico do MDS na Internet

elementos essenciais para o sucesso do Bolsa Família, sendo que atualmente, segundo dados do próprio ministério, existem 72 pesquisas em andamento e uma delas, de grande extensão, objetiva conhecer o impacto do Programa sobre as famílias beneficiárias.

Capítulo 3: Sobre a metodologia

3.1) Objeto, objetivos e metodologia da pesquisa

A perspectiva metodológica adotada neste trabalho teve por objetivo captar as especificidades inscritas no processo de implementação local das condicionalidades do Bolsa Família no âmbito do SUS, a partir do estudo de caso do município de Niterói. **Partiu-se do pressuposto de que o deslocamento de responsabilidades afetas ao PBF para os municípios traz inúmeras possibilidades de (re)interpretação deste programa de transferência de renda - e fundamentalmente da exigência de contrapartidas no campo da saúde - cujas consequências sobre a sua operacionalização precisam ser conhecidas.**

Para uma aproximação ao objeto do estudo – o exame da implementação das condicionalidades do Bolsa Família na saúde – definiram-se 5 objetivos específicos que orientaram a pesquisa:

- 1) identificação de atores e suas concepções acerca do Programa Bolsa Família,**
- 2) identificação de processos decisórios e estratégias para a implementação local das condicionalidades do Programa;**
- 3) mapeamento das condições existentes (dificuldades e facilidades) nas instituições de saúde (mecanismos e rotinas estruturadas) para acompanhamento das condicionalidades das famílias 'Perfil Saúde';**
- 4) verificação da existência de mecanismos de coordenação intersetorial com vistas a realizar os procedimentos de acompanhamento das condicionalidades, assim como maximizar uma rede de proteção social sobre as famílias beneficiadas; e**
- 5) exame de possíveis repercussões da implementação das condicionalidades sobre as condições atuais de acesso aos serviços de saúde.**

Estes objetivos foram detalhados e organizados em 3 grandes dimensões de análise inter-relacionadas que direcionaram a pesquisa documental, a elaboração do roteiro de entrevista e observação participante, bem como o tratamento do material empírico, quais sejam:

(1) Análise política

- mapeamento de um quadro de referência de dados sócio-demográficos e econômicos do município e de sua dinâmica política mais geral;
- identificação de atores e suas concepções acerca do PBF,
- adesão de diferentes atores ao desenho operacional do programa e ao processo de cadastramento das famílias (grau de concordância e interesses dos diferentes atores locais com relação ao desenho operacional do programa);
- grau de controle dos atores locais sobre os recursos técnicos, políticos e materiais no processo de implementação das condicionalidades da saúde;
- processo decisório local e conflitos em torno da implementação das condicionalidades do PBF no setor saúde;
- arenas e mecanismos de coordenação político-institucional (arenas de negociação de interesses, atuação dos conselhos de controle social e de comissões e fóruns colegiados em torno do PBF);

(2) Análise institucional

- desenho operacional do programa e das estratégias desenvolvidas para implementação da política (estrutura de incentivos, dos níveis supra-nacionais de governo, motivação para adesão do município);
- recursos materiais, técnicos, e de infra-estrutura dos setores saúde e assistência social para desenvolver o PBF;
- capacitação dos atores para implementar as condicionalidades do PBF na saúde (estoque de informação suficiente para desenvolver o Programa?);
- organização institucional do setor saúde para oferta das condicionalidades;
- mecanismos institucionais de coordenação de fluxo de informações e (mecanismos formais e informais de comunicação entre atores);
- desenho e funcionamento de arenas institucionais de concertação intergovernamental e intersetorial (relações entre as diferentes instituições nos fóruns e colegiados intersetoriais);
- existência de processos de avaliação e monitoramento do programa;

(3) Análise das condições de acesso dos serviços de saúde com base na implementação das condicionalidades do PBF na saúde:

- possível aumento de demanda de serviços vinculados às condicionalidades;
- rotina e fluxo de atenção às famílias beneficiadas no SUS;
- facilidades e dificuldades de reorganização interna dos serviços para atender as requisições do PBF;
- possível inserção de beneficiários excluídos do acesso aos serviços de saúde;
- dinâmica intersetorial no âmbito do PBF e potencialização do acesso ao sistema de proteção social e aos serviços de saúde, em particular.

Para proceder a análise aqui proposta, utilizou-se a **metodologia qualitativa** visto que é a mais adequada ao objetivo de aprofundar o objeto de estudo em questão.

“A abordagem qualitativa primeiramente se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos. Ao valorizar a figura do sujeito e de seus significados na produção de resultados, esse tipo de avaliação atesta que nenhum processo e nenhum produto são apenas funções técnicas que ocorrem à revelia dos atores ou como mandato sem mediações provenientes dos formuladores de políticas e dos gestores” (Minayo, 2008:18).

Na esteira deste raciocínio, a autora afirma que a abordagem qualitativa dá relevância à subjetividade, considerando-a *“constitutiva do ser social e inerente à auto-compreensão objetiva da realidade”*. Isto sinaliza que este tipo de abordagem valoriza os atores inseridos em determinados contextos, ao mesmo tempo em que permite análises dinâmicas da realidade e *“embora suas conclusões não sejam universalizáveis permitem produzir comparações e inferências abrangentes”* (Minayo, 2008:18).

Em consonância com os objetivos da pesquisa e com os argumentos explicitados acima, fez-se a opção em utilizar a **metodologia do estudo de caso** que contribui para maior detalhamento e compreensão do fenômeno que se quer estudar, permitindo esclarecer e destacar as possíveis retraduições do Programa Bolsa família vis-à-vis a singularidade do contexto local (Laville e Dionne, 1997).

Becker (1999) e Yin (2004) mostram que os estudos de caso são estratégias adequadas às investigações que buscam aprofundar uma dada realidade, sendo bastante

favorável à compreensão de processos e situações sociais complexas. No entanto, há diversas advertências com relação ao uso que se pode fazer dos resultados deste tipo de pesquisa, notadamente no que se refere à possibilidade de, a partir dos estudos de caso, proceder à análises generalizantes.

(...)” os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações e universos. Nesse sentido, o estudo de caso, como o experimento, não representa uma “amostragem”, e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).” (Yin , 2001:29)

Não obstante, é necessário reconhecer que a grande variedade de problemas teóricos e descritivos que os estudos de caso trabalham permitem, quase sempre, aproximações analíticas aos fenômenos que preocupam a vários estudiosos, o que, de certa maneira, pode contribuir na construção de interpretações gerais. Além disso, esta abordagem metodológica ajuda sobremaneira a produzir novas questões de pesquisa.

Ainda sobre os estudos de caso, é interessante notar a perspectiva adotada por Branco (2001) que traduz uma concepção inovadora acerca deste tipo de investigação.

“Neste trabalho adopta-se uma outra orientação a de estudo de caso segundo a ideia de observatório, correspondendo a um procedimento metodológico próprio para apreender um objecto por intermédio de um caso. Nesta óptica o que está sobretudo em causa são as qualidades reconhecidas ao caso selecionado para ilustrar o problema em estudo e que lhe permitem atribuir representatividade teórica. A explicação das qualidades do caso como ponto de observação ideal são, nesta perspectiva, um requisito de fundamental importância”. (2001:15).

Tomando como estudo de caso o município de Niterói (RJ), procurou-se analisar como a localidade vem efetivamente implementando as condicionalidades do Bolsa Família na saúde. Esta escolha baseou-se no reconhecimento do protagonismo deste município no que diz respeito à implementação do projeto de reforma sanitária⁵² desde o final dos anos 70, ao tempo que a área de assistência social também vem, hoje, construindo o processo de implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A experiência de reforma do setor saúde em Niterói parece indicar que este município apresenta, em termos comparativos, um legado institucional e de recursos

⁵² Na área da saúde, o município foi pioneiro no desenvolvimento de ações integradas entre o antigo INAMPS e as Secretarias estadual e municipal de saúde, dando origem ao chamado Projeto Niterói (1982/1988). Esta experiência foi referência para a criação em âmbito nacional de um modelo de gestão que seria estendido a todo o país nos anos subsequentes, através das Ações Integradas de Saúde (AIS). Este aspecto é abordado no capítulo 4.

humanos com capacidade de implementação de políticas sociais descentralizadas. Ademais, a longa trajetória de consolidação do Programa Médico de Família pode agregar outros elementos particularmente importantes ao processo de implementação das condicionalidades do PBF, quais sejam: adscrição de clientela, diagnóstico das condições de vida da população atendida, perspectiva de trabalho intersetorial e vínculo com as famílias. Um outro elemento que sugere que este município apresenta condições favoráveis à observação da implementação das condicionalidades é o fato de o executivo local estar nas mãos do Partido dos Trabalhadores (PT)⁵³, o que, a princípio, tende a favorecer maior articulação com a instância de gestão federal do PBF. Pressupõe-se, assim, que o grau de competitividade política com o governo federal pode ser minimizado, havendo provavelmente maior disposição para a cooperação. Nesta localidade também há esforço de articulação intersetorial através da busca de formatação de comissões e fóruns intersetoriais, envolvendo assistência, saúde e educação. Assim, a escolha deste município justifica-se por critérios de relevância do caso em relação ao objeto de estudo, o que é reforçado pelas condições favoráveis de acesso ao campo.

3.2) Recorte empírico e procedimentos metodológicos

O recorte do campo empírico contemplou as áreas de política social - saúde, assistência social e educação - envolvidas no desenvolvimento das condicionalidades do Programa Bolsa Família em Niterói-RJ. Evidentemente que esta escolha relaciona-se ao desenho intersetorial do Programa, mas, por razões óbvias ligadas à natureza do objeto de estudo, privilegiou-se o setor saúde e, em certa medida, também a área de assistência social. A Fundação Municipal de Educação foi considerada na amostra do estudo especificamente no que se refere a sua participação em fóruns vinculados direta ou indiretamente à gestão do PBF no nível local.

No que tange especificamente às técnicas de coleta de dados, articulou-se informações originadas de diversas fontes. A primeira se refere à realização de entrevistas com gestores e implementadores diretos do PBF em Niterói vinculados, como dito, prioritariamente à Fundação Municipal de Saúde e à Secretaria Municipal de Assistência Social. Seguindo a lógica mencionada, na Fundação Municipal de

⁵³ Gestão 2005-2008.

Educação foram entrevistados técnicos que na ocasião participavam de instâncias colegiadas como o Comitê Intergestor do PBF e o Comitê Gestor Intersetorial.

Ao lado disso, por entender a importância do papel da coordenação estadual na implementação descentralizada do Bolsa Família e as conhecidas dificuldades inerentes às relações intergovernamentais, também foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelo Programa nas Secretarias Estaduais de Saúde e de Assistência Social. Ademais, buscou-se informação sobre a história do PBF em Niterói e a experiência de ação intersetorial local com um técnico que viveu de perto estes processos. No contexto da pesquisa, não há dúvida de que se trata de um informante privilegiado.

Do ponto de vista da Secretaria Municipal de Assistência Social, optou-se por entrevistar, além de alguns gestores dessa secretaria, todos os coordenadores dos oito CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) então existentes no município. A importância desta instituição é inequívoca, uma vez que é responsável pelo cadastramento e acompanhamento social das famílias, além de ter a tarefa de desenvolver as ditas ações complementares do Bolsa Família.

Quanto ao setor saúde, *locus* principal deste estudo, a escolha dos estabelecimentos que prestam atenção básica e dos entrevistados procurou abarcar as experiências de implementação das condicionalidades desenvolvidas nas policlínicas, nas unidades básicas de saúde e no Programa Médico de Família (PMF). Esta decisão respaldou-se no reconhecimento de que tais experiências se organizam sob concepções e condições materiais diferentes para a prestação de serviços.

Considerando que a rede de atenção básica está espalhada por todo o município, foram selecionadas policlínicas⁵⁴, unidades básicas de saúde e módulos do PMF em várias regiões administrativas de modo a contemplar a heterogeneidade social e de infra-estrutura do território local. Ao mesmo tempo, na medida do possível, buscou-se privilegiar unidades situadas na região norte da cidade visto que quase 50% dos beneficiários estão aí concentrados. Ao lado desses dois critérios também priorizou-se a seleção de estabelecimentos de saúde que se encontravam na ocasião da pesquisa mais sensibilizados e organizados para a implementação das condicionalidades.

No município existem dez **policlínicas**, sendo que em quatro delas não é realizado atendimento básico. Isto se explica em razão de que duas policlínicas estão direcionadas apenas para a oferta de serviços especializados e outras duas estão

⁵⁴ Este tipo de unidade, além de contar com a presença de especialistas, também oferta serviços de atenção básica.

localizadas em regiões onde o PMF está extensivamente implantado, sendo este Programa o responsável pelo atendimento primário. Deste modo, entre as seis policlínicas que realizam acompanhamento das condicionalidades foram escolhidas cinco, sempre tendo como referência a conjugação dos critérios de seleção da amostra acima descritos.

Dentre as dez **unidades básicas** existentes no município foram selecionadas quatro: três localizadas na região norte da cidade onde há concentração de 46% de famílias beneficiárias do PBF, e uma quarta unidade situada em outra região do município marcada por grande vulnerabilidade social⁵⁵.

Quanto ao **PMF**, a pesquisa envolveu a seleção de um supervisor de cada um dos cinco grupos existentes⁵⁶, além de dois coordenadores de grupo. Esta definição amparou-se no fato de que são esses profissionais os responsáveis pelo monitoramento do acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família no âmbito do PMF, incluindo aí a atribuição de orientar e treinar as equipes de base para realizar os procedimentos e intervenções voltadas para as ações do PBF na saúde. A rigor, o contato direto com os usuários do PBF se dá através das equipes de médicos e auxiliares, mas os supervisores realizam inter-consultas e reuniões com as famílias beneficiárias. A decisão de incluir na amostra da pesquisa apenas dois coordenadores de grupo (profissionais que ocupam função específica de gerência) se justifica em razão da necessidade de garantir a viabilidade da pesquisa diante das condições materiais e de tempo existentes. Foram escolhidos os coordenadores de grupos que atuam em regiões que possuem significativo número de beneficiários do PBF e que não são formados em serviço social, visto que todos os supervisores do PMF entrevistados são assistentes sociais.

Nas policlínicas e unidades básicas foram entrevistados os **gerentes das unidades e técnicos** responsáveis pelo desenvolvimento das ações de acompanhamento das condicionalidades.

⁵⁵ O trabalho de campo (principalmente a fase exploratória da pesquisa - descrita adiante) foi crucial para demarcar unidades de saúde que, na ocasião, se mostravam mais preocupadas e propositivas com relação à organização do serviço para atender as condicionalidades. Diante das dificuldades de implementação local das condicionalidades da saúde, em geral, algumas unidades básicas da região norte, devido ao maior volume de atendimento (quase 50% dos beneficiários se encontram nesta região), se mostraram mais envolvidas com a organização do atendimento às famílias do PBF.

⁵⁶ Cada **grupo** é composto por vários módulos (espaço físico de atendimento que agrega diversas equipes de profissionais) distribuídos em diversos bairros de uma mesma região previamente delimitada pela gestão do PMF. Niterói conta com 5 grupos do PMF, os quais são gerenciados por uma equipe de supervisão com profissionais de formação profissional variada. O serviço social faz parte desta equipe de supervisão e é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família no âmbito do PMF.

A formação dos profissionais de saúde entrevistados é variada, ou seja, há médicos (com várias especialidades), veterinário, dentista, fonoaudiólogo, nutricionistas, agente de saúde (apenas em uma unidade o profissional não tinha curso superior) e, em maior número, assistentes sociais. Isto se explica em função de que na maioria das unidades são os assistentes sociais os responsáveis pela execução do Programa. De igual modo, como dito, no âmbito do PMF⁵⁷, os supervisores de serviço social são os responsáveis pela coordenação das ações de acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família.

O grupo entrevistado na Secretaria Municipal de Assistência Social é composto majoritariamente de assistentes sociais, mas há também psicólogos e um sociólogo. Registra-se ainda a presença de pedagogos, representantes da Fundação Municipal de Educação em fóruns intersetoriais e intergestor do PBF no município.

As entrevistas tiveram como referência um roteiro integrado por perguntas abertas e fechadas, elaboradas com base no quadro teórico e nos objetivos da pesquisa, cuja intenção foi reconstruir o processo cotidiano de implementação das condicionalidades da saúde.

Como forma de testar os roteiros, foram realizadas duas entrevistas - uma com um gestor e outra com um profissional 'da ponta' - experiência que contribuiu para ajustar algumas pequenas questões do questionário.

A condução das entrevistas foi norteada pelo objetivo de criar um espaço de maior liberdade possível, ou seja, abrir o campo de fala do entrevistado. No momento do primeiro contato, em geral realizado para o agendamento da entrevista, eram feitos todos os esclarecimentos possíveis sobre o objetivo da pesquisa, observando que o principal interesse era conhecer a experiência do entrevistado na gestão e/ou implementação do PBF.

Os depoimentos foram gravados com a autorização dos entrevistados que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado conforme os preceitos da ética na pesquisa social.⁵⁸ Apenas um entrevistado não permitiu que se gravasse a entrevista, o que nos obrigou a realizar anotações durante a conversa. Os entrevistados foram referidos no corpo do trabalho de modo genérico para evitar qualquer identificação. Realizaram-se trinta e nove entrevistas, as quais foram

⁵⁷ A estrutura do PMF está descrita no capítulo 4.

⁵⁸ Este documento foi aprovado, assim como o projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ com protocolo CEP/ENSP- N. 114/07 CAAE: 0115.0.031.000-07.

transcritas na íntegra.

Além de entrevistas com distintos atores, recorreu-se de forma extensiva à **observação do cenário de implementação do Programa**, constituindo a segunda fonte de coleta de dados, que será abordada em seguida.

A última fonte de dados diz respeito a pesquisa **documental**, tais como relatórios de gestão do PBF⁵⁹ e documentos e banco de dados produzidos e disponíveis no Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e DATASUS. Também procedeu-se ao levantamento e análise de informações gerais sobre o município em diferentes bases de dados (IBGE, PNUD/IPEA/Fundação João Pinheiro, Fundação CIDE e Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro), com objetivo de caracterizá-lo sob os aspectos demográfico e sócio-econômico.

Assim, buscou-se tanto informações resultantes de um extenso trabalho de campo, que utiliza a técnica de entrevista semi-estruturada e observação participante, como também a análise de dados secundários acumulados nas instituições de pesquisa e organismos de governo. Com efeito, esta combinação mostrou-se bastante fecunda para a abordagem em profundidade, característica maior dos estudos de caso.

Com intuito de subsidiar o estudo da implementação das condicionalidades do PBF na saúde no município de Niterói, julgou-se ainda necessário realizar uma análise do desenho operacional e das estratégias de implementação do Programa⁶⁰. Tal iniciativa justifica-se em razão de que o Bolsa Família traz inúmeras inovações em seu formato organizacional, o que, com certeza, vem repercutindo no processo de implementação local.

3.3) A entrada em campo

Interessa sinalizar que o primeiro contato com o campo ocorreu bem antes do desenvolvimento propriamente dito da pesquisa⁶¹, isto é, ainda durante a fase de elaboração do projeto de investigação. Neste momento, buscou-se, através da pesquisa exploratória, tanto refinar o objeto e objetivos da pesquisa como dimensionar se o grau de adesão do município ao PBF era suficiente para a realização de estudo voltado para

⁵⁹ Cabe ressaltar dificuldade em acessar este tipo de documentação.

⁶⁰ Esta análise consta do capítulo 2.

⁶¹ O término da fase exploratória e início da pesquisa propriamente dita ocorreu após a aprovação do projeto no comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ e da autorização das secretarias municipais envolvidas na pesquisa.

análise de implementação.

Em primeiro lugar, buscou-se aproximação com a Secretaria de Assistência Social que tem a responsabilidade de coordenar o PBF em âmbito municipal, ocasião em que foi possível saber que o PBF era tema frequente de discussão do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). Baseado nisso, a estratégia adotada foi participar, na condição de observadora, das reuniões ordinárias do Conselho que acontecem uma vez por mês no mesmo local onde está sediada a coordenação do Programa Bolsa Família. Esta participação é franqueada a qualquer cidadão e já no primeiro contato foi apresentado à coordenação dos Conselhos⁶² o objetivo acadêmico da observação que se pretendia realizar. Em momento subsequente, a presidente do CMAS recebeu todas as informações necessárias sobre a condução do estudo exploratório, e em pouco tempo os outros membros do conselho e técnicos do PBF na SMAS (que tinham participação ativa nas reuniões do conselho) tomaram ciência dos objetivos da presença do pesquisador neste espaço de debate e decisão.

Nesta ocasião, o CMAS instituiu uma comissão de acompanhamento das condicionalidades do PBF, cuja composição era paritária entre as Secretarias de Assistência, Saúde e Educação. Considerando a importância deste fórum, realizaram-se observações durante o pouco tempo de funcionamento desta comissão⁶³.

O fato de a reunião do CMAS ocorrer no mesmo espaço físico em que funciona a coordenação do PBF, oportunizou a observação do movimento dos profissionais e beneficiários do Programa que aguardavam atendimento e conversavam entre si. Ademais os murais de informação contendo cartazes que sinalizavam critérios de inserção, importância do cumprimento das condicionalidades, chamadas para reuniões, dentre outras questões, foram de grande valia para que se pudesse entrar em contato com o universo empírico da pesquisa.

Vale dizer que nesta fase exploratória, as observações não se caracterizaram como observações sistemáticas com roteiro definido previamente, mas tratou-se de contato mais aberto, cujo objetivo era captar impressões das incursões ao campo, utilizando-se do diário de campo para anotação da experiência vivida.

Deste modo, deu-se início ao processo de inserção do pesquisador em campo e sua relação com o tema de pesquisa. O conhecimento resultante do estudo exploratório

⁶² Esta coordenação tem a função de assessorar e fazer funcionar do ponto de vista administrativo os diversos conselhos existentes na área de assistência social: criança e adolescente, idoso, pessoas portadoras de deficiência, etc.

⁶³ Esta questão é tratada no capítulo 5.

favoreceu o refinamento do objeto de investigação, bem como propiciou o mapeamento das possibilidades de desenvolvimento da pesquisa no município e a identificação de atores-chave no cenário local de implementação do PBF.

Como exemplo da relevância do uso desta estratégia metodológica, a fase exploratória permitiu o acompanhamento do processo de mudança na gestão da Secretaria de Assistência Social e de dois coordenadores do PBF. Foram mudanças que causaram descontinuidade do ponto de vista político e administrativo, pois que representou ajustes em termos da coalizão político-partidária local com significativa perda de espaço do Partido dos Trabalhadores⁶⁴ na gestão da política setorial. Importante notar que tal acontecimento é concomitante à fase inicial de implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município, o que decerto trouxe prejuízos em termos da velocidade e característica que o processo assumia até então.

As observações e abordagens informais realizadas nesta fase do estudo demonstraram que o fato de o Secretário anterior possuir uma relação orgânica com a área, além de vínculo histórico com a luta pela institucionalização da política de assistência social, trazia um grau relativamente grande de segurança aos membros do CMAS e aos profissionais que trabalhavam diretamente com o Programa Bolsa Família. Com efeito, chamava atenção a atualidade das informações repassadas por este ator-chave nas reuniões do CMAS. Para além do efeito positivo que tais informações produziam no contexto de implementação do PBF, é mister ressaltar que também foram de grande valia para a elaboração dos objetivos desta pesquisa. Lembranças e referências a este momento da gestão da política municipal de Assistência Social aparecem com frequência nas narrativas dos profissionais entrevistados no âmbito desta pesquisa.

Para além do exposto, este momento foi crucial para estabelecer processo de aceitação do pesquisador no espaço/lócus da investigação. No caso de estudos empíricos, o ser aceito é condição primeira para interagir com os atores locais. Entretanto, esta interação não aconteceu livre de tensões e, em muitas circunstâncias, o lugar do pesquisador (que, em tese, deve buscar a maior objetividade possível) foi frequentemente confundido com a de um técnico/ estudioso do assunto que poderia responder as inúmeras dúvidas existentes na ocasião⁶⁵ sobre o Programa Bolsa Família.

⁶⁴ Partido no executivo municipal.

⁶⁵ O ano de 2006 ainda foi marcado por muitas dúvidas com relação à normalização do programa. Esta discussão é apresentada no capítulo 5.

Isto é totalmente compreensível porque o pesquisador havia, de fato, se tornado um *habituè*, sendo visto constantemente nos fóruns de discussão coletiva. Com efeito, foi difícil manter distância absoluta das solicitações efetuadas, tendo sido necessário realizar esclarecimentos e conversações visando (re)definir o lugar do pesquisador. Todavia, não resta dúvida de que o momento exploratório da pesquisa foi o ponto de partida para a aceitação do pesquisador na Secretaria Municipal de Assistência Social.

Após a defesa do projeto de tese e com vistas a preparar a documentação necessária para submeter o projeto ao comitê de ética da ENSP/FIOCRUZ, percorreu-se um dado caminho visando à obtenção de autorização para a realização da pesquisa.

Na Secretaria Municipal de Assistência Social, em razão da mudança do titular da pasta foi necessário realizar nova aproximação e apresentar o projeto à equipe que assumiu, em janeiro de 2007, cargos-chave na estrutura local. Vale afirmar que tal processo foi facilitado pelo conhecimento que os membros do conselho já tinham sobre a pesquisa e pesquisador. Deste modo, em pouco tempo se obteve autorização assinada pela nova secretária da referida pasta.

Já na Fundação Municipal de Saúde o percurso foi mais longo, marcado por exigências como abrir um processo (com disponibilização de uma cópia do projeto) no setor administrativo e acompanhar seu trâmite pelas instâncias institucionais. Em momento subsequente, o pesquisador foi convocado a fazer esclarecimentos sobre a proposta de trabalho, momento marcado pela discussão acerca das intenções da pesquisa e firmação de compromisso em devolver os resultados da investigação.

Os procedimentos exigidos pela área de saúde, embora tenham provocado atraso na operacionalização da pesquisa, permitiram o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e expressão de compromissos éticos que possibilitaram o estabelecimento de uma relação de confiança no trabalho acadêmico a ser realizado que se estendeu por toda rede de saúde. Os encontros para discussão do projeto de pesquisa também se caracterizaram como momento de conhecimento sobre a forma como a rede de saúde e o PMF se organizam para implementar as condicionalidades do PBF, o que, sem dúvida, foi fundamental para definir o campo empírico e os profissionais a serem entrevistados. Além, é claro, de ter sido experiência facilitadora da interação com os atores locais.

A fase exploratória da pesquisa indicou a necessidade de realização de entrevistas com alguns profissionais da Fundação Municipal de Educação envolvidos

com o PBF e com a promoção de ações intersetoriais no município. De igual modo, após envio do projeto de pesquisa ao setor responsável nesta instituição, procedeu-se a discussão de conteúdo com técnicos do referido setor. Através dos contatos com estas três áreas também se obteve autorização para acompanhar as instâncias colegiadas de discussão do Programa Bolsa Família.

3.3.1) Os instrumentos da pesquisa: o exercício da observação sistemática e a realização das entrevistas

Um ponto forte do trabalho de campo foi a utilização da técnica de observação sistemática de diversos fóruns, instâncias colegiadas e eventos que, de alguma forma, tinham relação com o PBF. Em geral, tais espaços foram identificados durante a fase exploratória da pesquisa e no momento específico da apresentação do projeto aos gestores locais.

A partir de 2007, as principais instâncias colegiadas de observação foram o **Comitê Intergestor do PBF e o Comitê Gestor Intersectorial**. Estes espaços de gestão são, sem sombra de dúvida, locais privilegiados de debate sobre o PBF por reunir uma diversidade de atores com interesses diversos e implicados na sua implementação local.

Quanto ao **Comitê Intergestor do PBF**, sua importância é inequívoca para o sucesso da execução do Programa, pois é através dele que a gestão compartilhada/intersectorial prevista no desenho do Bolsa Família tende a se concretizar. Este Comitê é composto pelas Secretarias de Assistência Social e Fundações municipais de Saúde e Educação e tem por objetivo definir estratégias de operacionalização do Programa em nível local. O roteiro que orientou a observação neste espaço se referenciou no quadro teórico da pesquisa e nos objetivos específicos mencionados:

1. identificação da composição do Comitê e os principais pontos de pauta das reuniões
2. definição de problemas prioritários;
3. grau de envolvimento dos atores;
4. capacidade destes atores em definir estratégias de implementação do PBF (articulação intersectorialidade e condicionalidade);

5. capacidade de implementar gestão compartilhada;
6. grau de envolvimento das diferentes arenas setoriais e dos atores;
7. pontos de conflito e consenso entre as áreas representadas nestes colegiados

No que tange ao **Comitê Intersetorial**, sua importância no cenário local de implementação do PBF relaciona-se ao fato deste fórum ter escolhido o PBF como um dos temas prioritários de discussão e de implementação de ações intersetoriais em todo o município, no ano de 2007⁶⁶.

O acompanhamento das reuniões do Comitê Intersetorial – também composto por representantes da Assistência Social, Saúde e Educação - foi crucial para compreender a dinâmica, limites e possibilidades da articulação entre os três setores diretamente implicados na execução do PBF⁶⁷. A observação deste fórum de discussão esteve balizada por um roteiro que valorizava aspectos relacionados à:

1. compreensão da história e dinâmica de organização e funcionamento do Comitê Intersetorial;
2. identificação de atores e arenas protagonistas;
3. grau de apoio das instâncias hierárquicas superiores e do executivo local às ações do Comitê Intersetorial;
4. compreensão do lugar que o PBF ocupa na pauta de debate desta instância colegiada e o grau de envolvimento de cada arena setorial com o Programa;
5. identificação de propostas divergentes e consensuais;

Durante o segundo semestre de 2007, também procedeu-se a **observação das reuniões descentralizadas com as famílias beneficiárias do Bolsa Família**⁶⁸. Estas reuniões foram organizadas pelo Comitê Intergestor do PBF e o Comitê Gestor Intersetorial e realizadas em diversos bairros do município. **O objetivo aqui foi perceber o grau de envolvimento das Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação nesta ação, a dinâmica das reuniões, a resposta da população em termos de presença, dúvidas mais frequentes dos beneficiários e capacidade de resposta**

⁶⁶ Esta questão é analisada no capítulo 5.

⁶⁷ O material extrádo da observação participante foi complementado pelas entrevistas com atores relevantes do Comitê Intersetorial.

⁶⁸ Algumas reuniões de equipes do PMF com famílias beneficiárias do Bolsa Família também foram observadas.

dos profissionais, conflitos e relações de poder. Além da oportunidade de coletar uma diversidade de informação, este momento foi propício para identificar atores e realizar contatos com alguns profissionais lotados nas unidades de saúde, nos módulos do PMF e nos CRAS, os quais foram posteriormente entrevistados.

Considerando o desenho intersetorial do Bolsa Família, a observação de campo teve papel relevante já que não se tratava apenas de conhecer as relações estabelecidas entre profissionais no interior de uma única arena setorial, mas de compreender as conexões estabelecidas entre uma gama enorme de atores com culturas organizacionais diversas que atuam no Programa. Não há dúvida de que, diante da complexidade que caracteriza o PBF, a observação realizada favoreceu o acesso aos espaços de interação entre os principais atores envolvidos na implementação local do PBF. Conforme difundido na literatura sobre pesquisa social, a observação é uma técnica adequada ao objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o objeto de estudo, além de possibilitar o acesso a um conjunto de dados não previstos a priori pelo pesquisador.

No processo de elaboração dos roteiros de entrevistas (em anexo), assim como nos roteiros de observação, buscou-se contemplar as questões inscritas nos objetivos da pesquisa detalhados nas três dimensões de análise citadas.

Cabe abrir um parêntese para dizer que o trabalho de campo foi marcado por grande receptividade por parte dos profissionais do município, o que pode ser atribuído, em grande parte, à forma de encaminhamento adotada. Mas, também está relacionado ao fato de se tratar de um município que tradicionalmente é palco de muitas pesquisas, estando os técnicos locais muito habituados ao contato com diversos pesquisadores. Ademais, o município conta com quantitativo expressivo de profissionais com cursos de pós-graduação, havendo assim um ambiente de valorização da pesquisa científica como um dos elementos de qualificação da intervenção pública.

Considerando as diferentes fases da pesquisa, a permanência em campo compreendeu o período de abril de 2006 a maio de 2008, ou seja, precisamente dois anos e um mês.

3.4) Tratamento do material empírico

A importância desta fase da pesquisa qualitativa é sobejamente conhecida, pois que o adequado tratamento do material empírico coletado interfere diretamente nos

resultados da investigação realizada. A preocupação central inscrita neste ponto da discussão metodológica é a tentativa de se evitar consequências nefastas como interpretações apressadas, preconceituosas e mesmo impressionistas acerca do objeto de estudo (Bardin, 1979; Minayo, 1996; Campos, 2008).

Para o tratamento dos dados desta pesquisa utilizou-se a análise de conteúdo que para Bardin (1979: 42) pode ser definida como :

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Do ponto de vista operacional, Minayo (1992) argumenta que a análise de conteúdo é uma técnica que:

“(...) parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem”. (1998:203)

As possibilidades de exploração das mensagens contidas no material empírico são vastas e, apesar de, em certa medida, dependerem da criatividade do pesquisador, devem obedecer a procedimentos metodológicos coerentes com os objetivos delineados na pesquisa. Na literatura atual (Bardin, 1979; Setúbal, 1999; Campos, 2008) é recorrente a idéia de que é necessário **construir o material empírico**. Isto quer dizer que o produto imediato do trabalho de campo (coletado via instrumentos de pesquisa como entrevistas, observação, grupos focais, dentre outros) apresenta-se de forma bruta, confusa e desordenada. Assim, a definição de um percurso de análise – para a construção do material empírico - exige do pesquisador grande capacidade de sistematização dos dados para realizar mediações em direção à interpretação, que, de fato, é o que confere sentido ao objeto de estudo.

Alguns autores (Bardin, 1979; Minayo, 1996) chamam o primeiro momento de sistematização de pré-análise. Trata-se especificamente da circunstância em que o pesquisador toma contato com o dados coletados e procede a leitura sucessiva visando dar coerência aquilo que parece muito confuso.

No que diz respeito ao tratamento dos dados desta pesquisa, após a leitura exaustiva da transcrição das entrevistas e das anotações dos cadernos de campo, todo o material foi ordenado a partir do procedimento de análise temática que para Bardin “é (o tema) a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (1979:105).

Deste modo, foram elaborados quadros de análise em que se buscou apurar os depoimentos dos entrevistados com base na identificação de presença (e recorrências) de consensos e dissensos acerca dos temas e respectivas categorias de análise previamente definidos⁶⁹. Estes quadros temáticos contemplaram a diferenciação por ator (quem fala) e seu lugar institucional (de onde se fala)⁷⁰. Com base nestes procedimentos foi possível dar coerência ao material coletado e proceder a sua análise. Sobre este ponto, é crucial entender que, ao contrário do que se pensa, na maioria das vezes não se analisa as categorias que 'emergem' do material empírico, mas aquelas que foram propostas nos instrumentos da pesquisa que, por sua vez, se mesclam com outras hipóteses trazidas pelo material de campo⁷¹ (Campos, 2008).

Para efeito de organização e apresentação dos resultados da pesquisa⁷² foram definidos três eixos analíticos, quais sejam:

1. Significados que gestores e técnicos atribuem ao Bolsa Família;
2. Condições políticas, institucionais e operacionais do processo de implementação das condicionalidades do PBF na saúde, e
3. Análise do processo de implementação local da gestão intersetorial e suas imbricações com o Bolsa Família.

⁶⁹ Os temas foram definidos em acordo com o quadro de referência teórica e questões contidas nos roteiros de entrevista e observação participante

⁷⁰ Para mostrar como foi elaborado o esquema de análise da pesquisa apresenta-se a seguir o exemplo de tratamento de um dos temas da pesquisa: (1) Dimensão de análise política- (2) Tema: Concepções e perspectivas dos profissionais sobre o PBF - (3) Categorias: a) modos de pensar o PBF; b) posicionamento frente ao PBF; c) percepção do PBF face ao sistema de direitos sociais/ relação direitos-deveres; d) opinião sobre as contrapartidas; e) contrapartidas e modelo assistencial em saúde; f) contrapartidas e inserção no sistema de proteção social; g) PBF: assistência X trabalho; h) adesão ao PBF.

⁷¹ Roteiros de entrevistas, de observação participante, de grupo focal, dentre outros.

⁷² Estes resultados são apresentados no capítulo 5.

Capítulo 4: O PBF em Niterói

4.1) Contexto local

As análises de implementação de políticas sociais descentralizadas requerem a compreensão do estudo do contexto no qual os programas e ações sociais são desenvolvidos. Nesta direção, busca-se aqui traçar os principais aspectos do perfil sócio-econômico, demográfico e indicadores de pobreza e desigualdade social do município de Niterói.

4.1.1) Aspectos demográficos, sociais e econômicos

Niterói faz parte da região metropolitana do Rio de Janeiro⁷³ com área territorial de 134,5 quilômetros quadrados, que correspondem a 2,9% da área total do território metropolitano. O município dista 10 km da capital do estado, ou seja, da cidade do Rio de Janeiro e a ponte Rio - Niterói, construída na década de 1970, é a principal ligação entre os dois municípios.

Existem 52 bairros no município, distribuídos em 5 regiões de planejamento, quais sejam: Praias da Baía, Norte, Pendotiba, Oceânica e Leste. As regiões Praias da Baía e Norte possuem uma ocupação mais antiga, já as outras regiões apresentam incremento do crescimento populacional nas últimas décadas.

⁷³ A Região Metropolitana abrange os municípios do Rio de Janeiro, Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.



Figura 1 : Mapa das regiões de Niterói

De acordo com o censo de 2000 (IBGE, 2000), a população total naquele ano era de 459.451 habitantes, correspondente a 4,3% do contingente da região metropolitana. No entanto, estimativas do IBGE mostram que a população estimada para o ano de 2005 era de 474.046 pessoas. Toda a população vive em área urbanizada, e o município apresenta elevada densidade demográfica (3.457 habitantes por quilômetro quadrado), comparativamente ao município do RJ e ao estado do RJ, como pode ser verificado na tabela abaixo:

Tabela 1 – Características demográficas de Niterói (RJ), 2000.

Características demográficas		%
População Total	459.451	
População Masculina acima de 10 anos de idade	182.591	39,7
População Feminina acima de 10 anos de idade	215.166	46,8
Área da unidade territorial (km ²)	129	
Densidade demográfica (hab/km ²)	3.457	
Densidade demográfica da Região Metropolitana (hab/km ²)	2.380	
Densidade demográfica do Estado do Rio de Janeiro (hab/km ²)	328	

Fonte: IBGE. Censo demográfico, 2000 com Divisão Territorial 2001.

A população feminina é maior do que a masculina e a faixa etária predominante encontra-se entre os 15 e 49 anos de idade, representando mais da metade (55,31 %) dos habitantes do município. 13,41% da população tem entre 0 e 9 anos e se for considerado a faixa etária de 0 a 14 anos esta proporção sobe para 20,57% da população total. A população em idade economicamente ativa (20 a 65 anos) corresponde a 61,11% da população total, enquanto os habitantes com 60 anos e mais correspondem a 13,75%. Vale dizer que este percentual é maior do que o dado para o Estado do Rio que é de 11% (IBGE, 2000).

O município tem 314.779 eleitores, ou seja, 66% do total da população, configurando importante colégio eleitoral no contexto da região metropolitana, principalmente se for levado em conta o alto nível de escolaridade no município.

Segundo o relatório do TCE – RJ de 2006, no período de 1991 a 2000, Niterói apresentou uma taxa geométrica de crescimento de 0,58% ao ano, contra 1,17% na região metropolitana e 1,30% no estado. Trata-se, portanto, de uma taxa de crescimento bastante inferior às apresentadas pelo estado e município do RJ.

Entretanto, cabe sinalizar que estes dados são anteriores ao *boom* imobiliário ocorrido após o ano de 2002, momento em que foram realizadas alterações no Plano Urbanístico Regional (PUR) do município. O PUR data de 1995 e, em 2002, no final do mandato do prefeito Jorge Roberto Silveira do Partido Democrático Trabalhista (PDT), foi alterado. As alterações favoreceram o mercado imobiliário porque fez subir o gabarito de prédios em 30 principais vias da zona sul da cidade. Atualmente o Ministério Público estadual vem contestando estas mudanças no PUR, utilizando o argumento de que o plano foi aprovado sem participação popular⁷⁴.

O crescimento vertiginoso dos empreendimentos imobiliários na zona sul da cidade tem sido motivo para muitos conflitos na justiça envolvendo diversos atores locais, dentre os quais se destacam os partidos de oposição ao atual governo. Levantamento elaborado pelo Jornal O Globo de 14 de outubro de 2007 mostra que até 2010 vão ser erguidos 34 prédios em Icaraí, Jardim Icaraí, Vital Brasil, Santa Rosa e Boa Viagem, o que corresponde a 2.014 apartamentos, 369 salas comerciais e 3.397 vagas de garagem. Serão cerca de sete mil novos moradores no bairro, sem contar com o número de unidades habitacionais construída nos últimos cinco anos. Há, então, a preocupação de certos setores da sociedade com a questão da qualidade de vida no

⁷⁴ Jornal O Globo de 14/10/2007.

município que será afetada pelo adensamento populacional e conseqüente dificuldade de mobilidade nesses bairros. Na mesma matéria, o professor Affonso Accorsi da Escola de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal Fluminense (UFF), afirma que a densidade habitacional de Icaraí e Jardim Icaraí já é maior do que 400 habitantes por hectare e o sistema viário é o mesmo de 1861. Argumenta ainda que em Curitiba a densidade limite é de 180 habitantes por hectare. Com efeito, há um crescimento desenfreado e isso vem ocorrendo sob a retaguarda legal do Plano Urbanístico Regional (PUR) das Praias da Baía.

O Relatório do TCE de 2006 apresenta dados apurados em 2000, através do Sistema Nacional de Indicadores Urbanos – SNIU do Ministério das Cidades - e IBGE - Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000, que apresenta o seguinte panorama em termos do saneamento básico em Niterói:

- 78,3 % dos domicílios do município têm acesso à rede de distribuição de abastecimento de água, 14,7% tem acesso à água através de poço ou nascente e 6,9% têm outra forma de acesso. Toda a água distribuída é tratada;
- 73,8% dos domicílios têm acesso à rede coletora de esgoto, outros 14,1% têm fossa séptica, 4,7% utilizam fossa rudimentar, 3,5% estão ligados a uma vala, e 2,8 % são lançados diretamente em rio, lagoa ou mar. O esgoto passa por algum tipo de tratamento e é lançado na baía;
- Niterói tem 96,9% dos domicílios com coleta regular de lixo, outros 1,4% têm seu lixo jogado em terreno baldio ou logradouro, e 1,4% o queimam. Os resíduos sólidos são carreados para 4 vazadouros a céu aberto (lixões), 2 aterros controlados e 2 aterros de resíduos especiais.

Alguns indicadores sociais confirmam a boa *performance* do município comparativamente à região metropolitana, ao estado e ao país como um todo. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Niterói é o maior do estado do Rio de Janeiro e o terceiro colocado no ranking de qualidade de vida no país.

Tabela 2 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em Niterói,
Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000.

	IDH				Classificação dentro da UF	Classificação Nacional (2000)
	1970	1980	1991	2000		
Niterói			0,817	0,886	1 ^o .	3 ^o .
RJ	0,657	0,733	0,750	0,802		5 ^o
Brasil	0,462	0,685	0,709	0,764		

Fonte: PNUD/ Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Acesso em maio de 2009

Tabela 3 – Dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em Niterói,
Rio de Janeiro (UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000.

	IDH-M Longevidade				IDH-M Educação				IDH-M Renda			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
Niterói			0,717	0,808			0,908	0,960			0,827	0,891
RJ	0,450	0,540	0,690	0,740	0,645	0,697	0,837	0,902	0,876	0,961	0,731	0,779
Brasil	0,440	0,531	0,662	0,727	0,501	0,577	0,745	0,849	0,444	0,947	0,681	0,723

Fonte: PNUD/ Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Acesso em maio de 2009

A análise das dimensões que compõem o IDH-M em Niterói mostra que o quesito longevidade teve aumento importante no período 1991-2000, sobretudo quando comparado com o estado do Rio de Janeiro. Este indicador revela o aumento da esperança de vida no município (de 68 anos em 1991 passa para 73,5 em 2000), assim como a magnitude do quantitativo de idosos no conjunto da população total. Vale acrescentar que o número médio de filhos por casal diminuiu, passando de 1,8 em 1991 para 1,6 em 2000 (IBGE, 2000). Nesta década, a dimensão educação do IDH-M apresenta perfil ascendente, corroborando o fato de que Niterói tem, neste quesito, indicadores muito superiores à média nacional. Quanto à dimensão renda, conforme mostra a tabela acima, Niterói evidencia um padrão de rendimento médio per capita também mais alto do que o estado e Brasil.

Considerando a evolução do IDH de Niterói, do estado e do país verifica-se que a dimensão educação foi a que mais avançou no período 1991-2000. O comportamento deste indicador está associado ao avanço dos índices de alfabetização e escolarização como um fenômeno generalizado nas duas últimas décadas. Nesta direção, dados do Censo de 2000 (IBGE, 2000) mostram que a taxa de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade residente em Niterói em 2000 era muito pequena, atingido o percentual de 3,55 %, enquanto o estado do Rio de Janeiro apresentava o dobro deste

percentual, e o país um índice quase quatro vezes maior do que o do município de Niterói.

Tabela 4 – Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais e número médio de anos de estudo da população de 25 anos e mais. Niterói, Rio de Janeiro(UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000.

	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais (%)				Número médio de anos de estudo (população de 25 anos de idade e mais)			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
Niterói			5,41	3,55			8,84	9,65
RJ	16,6	12,8	9,72	6,22	4,0	5,2	6,5	7,2
Brasil	33,0	25,3	19,4	12,9	2,4	3,6	4,9	5,9

Fonte: PNUD/ Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Acesso em maio de 2009.

Tabela 5 – Percentual da população de 25 anos e mais por anos de estudo. Niterói, Rio de Janeiro(UF) e Brasil, 1970, 1980, 1991 e 2000.

	Percentual da população com mais de 25 anos de idade com											
	menos de 4 anos de estudo				menos de 8 anos de estudo				12 anos de estudo ou mais			
	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000	1970	1980	1991	2000
Niterói			15,17	12,08			37,3	30,94			26,89	32
RJ	46,3	35,4	26,3	21,1	81,4	71,1	57,5	50,9	4,3	8,6	12,1	13,7
Brasil	69,0	55,6	42,3	33,0	91,2	83,3	72,1	63,7	2,0	5,0	7,5	9,3

Fonte: PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 1999 e PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003

A população de 25 anos e mais residente em Niterói apresenta média de 9,65 anos de estudo, nível de escolaridade mais elevado do que os apresentados pelo estado do RJ e Brasil. A diferença é bastante significativa, indicando que em Niterói há um percentual maior de pessoas que consegue concluir o ensino médio, enquanto o mesmo não ocorre no estado e no país. Os dados para o Brasil sinalizam que as pessoas de 25 anos ou mais tem em média de 5,87% de anos de estudo, isto é, apenas o primeiro ciclo do ensino fundamental. Seguindo esta tendência de apresentar bons indicadores educacionais, observa-se que, no ano 2000, 32% da população com mais de 25 anos de idade possuíam escolaridade maior do que 12 anos de estudo. Este percentual é muito superior às taxas do estado do Rio de Janeiro e do Brasil, 13,7% e 9,3% respectivamente. Depreende-se que parte expressiva da população niteroiense tem curso superior.

Ainda com base na tabela acima, observa-se que em 2000, 30,94% da população maior de 25 anos não havia completado o ensino fundamental no município, ou seja, tinham menos de oito anos de estudo, percentual muito inferior aos mesmos dados para o estado do RJ (57,5%) e Brasil (72,1%). No que se refere ao percentual da população com menos de 4 anos de estudo, o desempenho do município também apresenta diferenças importantes, o que equivale afirmar que o percentual de pessoas com mais de 25 anos de idade nesta condição precária de escolarização é o dobro no estado do RJ e quase o triplo no país.

Quanto aos indicadores de renda, o comportamento no período analisado esteve associado aos indicadores de escolaridade do município, conforme mencionado acima. É sabido que quanto mais elevada é a escolarização de uma pessoa maior é a oportunidade de competir no mercado de trabalho e perceber maior salário. Nesta direção, e como pode ser observado na tabela abaixo, a renda *per capita* do município é bastante superior aos valores apresentados para o município do Rio de Janeiro, e é o dobro do valor encontrado no estado do RJ. Na sequência, o percentual de miseráveis também é referência para situar as diferenças de qualidade de vida.

Tabela 6 – Renda per capita e percentual da população abaixo da linha de miséria* em Niterói, no município do Rio de Janeiro e no estado do Rio de Janeiro, 2000.

Localidades	Renda per capita (R\$1,00)	Percentual de miseráveis
Niterói	809,18	11,07
Município do Rio de Janeiro	596,65	14,57
Estado do Rio de Janeiro	413,94	19,45

Fontes: PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003 e CPS/IBRE/FGV, 2003 – a partir dos micro-dados do Censo Demográfico 2000

(*) R\$80,00 reais por pessoa ao mês, a preços da Grande São Paulo de julho de 2000.

Não obstante, o Índice de Gini⁷⁵ evidencia a presença de forte desigualdade entre o rendimento dos mais ricos e os mais pobres no município, conforme tabela abaixo:

⁷⁵ Este índice mede a desigualdade de renda existente na sociedade. Seu valor varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 mais desigual é a sociedade.

Tabela 7 – Medidas de desigualdade da distribuição do rendimento familiar per capita em Niterói, no município do Rio de Janeiro, no estado do Rio de Janeiro e no Brasil, 2000.

	Porcentagem da renda apropriada pelos			Relação médias 10+ / 40-	Índice de Gini
	40% mais pobres	20% mais ricos	10% mais ricos		
Niterói	6,9	61,2	42,4	24,7	0,59
Município do Rio de Janeiro	7,2	65,5	48,2	26,9	0,62
Estado do Rio de Janeiro	7,7	63,5	49,5	25,6	0,61
Brasil	6,4	68,1	52,4	32,9	0,65

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003

Niterói apresenta forte concentração de renda ainda que o índice de desigualdade social seja um pouco menor do que o do estado e município do Rio de Janeiro. Com efeito, os indicadores sociais disponíveis (que, em geral, apresentam dados muito agregados) não são suficientemente sensíveis para traduzir a magnitude e especificidade dos problemas sociais da cidade.

4.1.2) A saúde no município

Desde meados da década de 1970 Niterói vem ocupando lugar de destaque no setor saúde. Nesta conjuntura, marcada ao mesmo tempo pela constituição do movimento de reforma sanitária e por propostas racionalizadores no âmbito da política de saúde, se organiza no município o primeiro **Plano de Ação de Saúde** como parte de uma articulação entre a então Secretaria Municipal de Saúde e Proteção Social, a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a ENSP. Este Plano inspirava-se nas idéias de Alma Ata (1978) disseminadas no país através dos departamentos de medicina comunitária das Universidades. O propósito deste plano era expandir a cobertura de atenção primária no município de Niterói através da criação de uma rede básica com facilidade de acesso para as populações dos bairros periféricos.

Estudos sobre a política de saúde municipal apresentam avaliações consensuais de que desde esta época, ainda no contexto da ditadura, estava na agenda de debate municipal a proposta de implantar um modelo assistencial pautado na universalização, regionalização, hierarquização, integralidade e participação social (Senna, 1995, Cohen, 2001). Como consequência, ao longo da década seguinte, apesar das dificuldades, o município buscou ampliar sua rede de serviços, ainda que muitos dos estabelecimentos

de saúde se mantivessem vinculados à diferentes instituições e esferas de governo (UFF, INAMPS, Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde, através da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), característica que dificultava uma gestão unificada do sistema local.

Em 1982, a partir do estímulo do Plano de Reorientação de Serviços de Saúde do CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) foi elaborado um plano de saúde para o município denominado '**Projeto Niterói**' que, baseado na gestão colegiada entre várias instituições, visava integrar e descentralizar os serviços de saúde existentes. Segundo Cunha (2005), esta experiência repercutiu no processo de reforma sanitária brasileira porque propiciou aprendizados, principalmente no que se refere à forma de repasse financeiro entre esferas de governo, que ajudaram a formular a proposta de Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) do Estado, assim como as Ações Integradas de Saúde no Brasil. De acordo com a autora, *“começava a ser criada, desta forma, condição favorável à implementação do SUDS e, posteriormente, do SUS”*. (2005:87)

No final da década - 1989 - assumiu o governo local uma coligação partidária progressista que reforçou a proposta de reforma sanitária (os técnicos do “Projeto Niterói” assumiram a Secretaria Municipal de Saúde), contando agora com sólidos referenciais originados da VIII Conferência Nacional de Saúde e das definições da Constituição Federal de 1988. Nos anos 1990 o processo de municipalização da rede de serviços foi incrementado, havendo uma redistribuição de responsabilidades e recebendo as unidades de atendimento primário e secundário oriundas do Estado e União. Vale dizer que se tratou de um processo complexo que exigiu forte adesão à proposta de descentralização da saúde visto que o município contava com importante rede de serviços em razão de ter sido capital do estado por algum tempo. Assim, sob fortes divergências entre importantes atores locais, foi criada em 1991, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMSN) com a justificativa de tornar o processo de descentralização mais ágil.

Após experiências não muito bem sucedidas de constituição de distritos sanitários (com base na proposta de Serviços Locais de Saúde - SILOS - da OPAS), pode-se dizer que o município inova ao instituir, em 1992, o Programa Médico de Família (PMF), inspirado na experiência cubana. Este modelo de atenção pretende superar dilemas cruciais do modelo de atenção a partir dos princípios de adscrição de

clientela e vínculo com a família. Mais tarde o governo federal incorporou o modelo do PMF na formulação do Programa Saúde da Família cuja principal objetivo foi reorientar o modelo assistencial prevalecente.

Na segunda metade dos anos 1990, a organização do sistema local de saúde caminhou na direção de buscar alternativas para os dilemas de articulação do PMF com os outros níveis de atenção. Estudos sobre a implementação do PMF no município (Senna, 1995; Cohen, 2001) demonstram que este Programa nasceu de forma paralela, característica marcada principalmente pela existência de coordenação e processo de supervisão separados da 'rede convencional', forma de seleção e contrato de trabalho diferentes dos concursados da FMSN, co-gestão com associações de moradores, dentre outras questões.

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

Atualmente as Policlínicas Comunitárias compreendem áreas geograficamente definidas e totalmente cobertas pelo PMF. Localizam-se, assim, em áreas sem porta de entrada convencional em que toda a população é cadastrada. Estes estabelecimentos de saúde contam com especialidades de baixa densidade tecnológica, definidas pelo perfil epidemiológico local. O sistema local é composto também pelas Policlínicas Regionais e de Especialidades. As primeiras se caracterizam por: serem a porta de entrada para áreas não cadastradas pelo PMF e referência de segundo nível para a população cadastrada, contar com especialidades de baixa e média densidade tecnológica, definidas pelo perfil epidemiológico regional, serem responsável pela programação e vigilância em saúde na regional. Já as Policlínicas de Especialidades (serviços de oftalmologia, radiologia, oncologia, dentre outros) são unidades em que o acesso se dá apenas por referência de Unidades Básicas, PMF, Policlínica Comunitária ou Regional.

A lógica que preside a organização do sistema é de que um conjunto de Unidades Básicas, Módulos do PMF e Policlínicas Comunitárias devem se vincular a uma Policlínica Regional, compondo uma dada região de saúde segundo critérios de

acessibilidade (geográfico, malha viária) e perfil sanitário. As Policlínicas Regionais assumem, assim, função de planejamento e integração dos estabelecimentos de saúde (Cunha, 2005). De fato, a proposta é de que tais unidades funcionem como pólo para a descentralização dos serviços especializados e dos exames complementares, bem como tenham papel ordenador da atenção à saúde em dada região e cumpram a função de estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais. Assim, uma região de saúde é formada pelos módulos do PMF, as Unidades Básicas de Saúde, as Policlínicas Comunitárias, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Policlínicas Regionais, assim como pelo Serviço Pré- Hospitalar Fixo ligado ao sistema de Urgência vinculado ao SAMU (Serviço de Assistência Móvel de Urgência) As situações de saúde de maior complexidade são então encaminhadas aos setores especializados e à internação hospitalar quando necessário.

O sistema de saúde no município compõe-se de⁷⁶:

- 10 Unidades Básicas de Saúde
- 06 Policlínicas Regionais
- 02 Policlínicas Comunitárias
- 02 Policlínicas de Especialidades
- 30 módulos do Programa Médico de Família⁷⁷

Como metodologia de trabalho o PMF seleciona áreas de risco ambiental e social com mais ou menos 4000 moradores por área que são divididas em setores com aproximadamente 250 famílias. Em cada setor atua uma Equipe Básica composta por um generalista e um auxiliar de enfermagem, sendo que este último profissional, em geral, é morador da comunidade. Um conjunto de setores forma um Módulo com até 04 consultórios. Por sua vez, os Módulos com seus setores e equipes básicas estão vinculados a um Grupo Básico de Trabalho que tem um coordenador e uma equipe de supervisores referentes às áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia, saúde coletiva, serviço social, enfermagem e saúde mental. No total são 05 grupos básicos, 108 setores, 108 equipes básicas que atende a 126 mil pessoas em áreas mais vulneráveis do município. A carga horária de trabalho é de 40 horas semanais.

⁷⁶ O organograma atual da FMS está em anexo.

⁷⁷ Vale dizer que a partir de 2005 foram inaugurados vários módulos do PMF a partir do incentivo do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família do Ministério da Saúde do governo federal)

Como se observa, o PMF apresenta um formato organizacional peculiar no contexto do sistema local de saúde e pode-se dizer que a principal diferença com relação ao Programa Saúde da Família (PSF) do governo federal é a existência de equipes de supervisão multiprofissional.

Niterói faz parte da região metropolitana II (Silva Jardim, Rio Bonito, Tanguá, Maricá, Itaboraí, São Gonçalo) Nesta estruturação regional Niterói exerce a função de pólo para alta complexidade nas áreas de hemoterapia, oncologia e oftalmologia e é o município onde está sediada a Central de Regulação Estadual (Cunha, 2005).

4.2) O PBF em Niterói

A implantação do Bolsa Família em Niterói teve início em 2003⁷⁸ e, desde o início, o Programa está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS).

O Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania (NBRC), instância da SMAS, foi criado em outubro de 2005 com o objetivo de coordenar os programas de transferência de renda em desenvolvimento no nível local, tais como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Agente Jovem e o PBF. O crescimento dos programas de transferência de renda (principalmente o Bolsa Família) e a instituição do Cadastro Único são as justificativas oficiais para a estruturação do NBRC, segundo o relatório de gestão da SMAS de 2005.

Assim, o *Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania* (NBRC) juntamente como o *Comitê Intergestor do PBF* (criado em 2006 e formado por representantes das Secretarias de Assistência Social, Educação e Fundação Municipal de Saúde) são as principais instâncias de gestão do Programa Bolsa Família em Niterói. Dentre as atribuições deste Comitê⁷⁹ destaca-se a gestão dos recursos repassados pelo governo federal com base no *Índice de Gestão Descentralizada (IGD)* que avalia, mensalmente, a partir de quatro variáveis (cobertura das condicionalidades da educação, cobertura da saúde, número de cadastros realizados e atualizados) a qualidade da gestão municipal do Programa.

De acordo com dados do NBRC, ao final de 2007 o município tinha 12.682 famílias beneficiárias, com uma cobertura de aproximadamente 50.648 pessoas,

⁷⁸ O termo de adesão foi assinado em 7/10/2005.

⁷⁹ Este tema é aprofundado no capítulo 5.

considerando-se a média de 4 pessoas por família. Este montante representa 10,5 % da população total do município (474.046 mil habitantes segundo estimativa do IBGE para 2005). Cabe frisar que, de acordo com o MDS, a estimativa oficial de famílias pobres perfil Bolsa Família para o município é de 10.694, todavia, em razão da necessidade de ajustar esse percentual ao crescimento populacional da última década, o número de bolsas está em torno de 12.600.

Como mostra o quadro abaixo, em 2005 a cobertura do Bolsa Família no município já atingia 11.105 famílias. Este número demonstra o ritmo acelerado do processo de implantação em Niterói, em acordo com a *performance* nacional.

Tabela 8 – Número de famílias beneficiárias do PBF e famílias inscritas no CadÚnico, 2005-2008

Ano	Famílias beneficiárias do PBF	Famílias inscritas no CadÚnico.
2005	11.105	15.151
2006	12.651	18.208
2007	12.682	21.587
2008*	10.142	23.454

Fonte: Relatório da Pesquisa: 'Programa Bolsa Família: Percepções e Trajetórias de Inserção das Famílias Beneficiárias'. Elaboração a partir dos dados do NBRC/SMAS - Niterói.

*Número de famílias beneficiárias e de famílias inscritas no CadÚnico até outubro de 2008.

Embora o dado de 2008 cubra até o mês de outubro, chama atenção a redução do número de famílias neste ano, fato que pode ser atribuído à exclusão de famílias beneficiadas devido principalmente aos cruzamentos do Cadastro Único com os dados do Ministério do Trabalho, o que possibilitou constatar que a renda *per capita* de muitas famílias estava acima do permitido nos critérios do Programa. Segundo informação de profissional do NBRC, outra situação que tem provocado o desligamento das famílias é quando, além da transferência de renda do PBF, as famílias recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o corte de renda ultrapassa o valor de 120 reais *per capita*⁸⁰. Esta regra foi adotada recentemente (2008), já que anteriormente o valor do BPC não era considerado como rendimento. Esta mudança na normatização dos critérios de seleção das famílias parece apontar na direção de uma focalização fortemente direcionada aos mais pobres entre os pobres. De outra parte, é provável que esta diminuição do número de beneficiários venha traduzindo o *gap* de tempo entre as

⁸⁰ Até 2008 o corte de renda era de 120 reais *per capita*, mas, como vimos, em janeiro de 2009 este valor é alterado para 137 reais. Como o presente estudo foi realizado nos anos 2006 e 2007, as análises aqui realizadas se baseiam nos dados referentes aos anos citados.

exclusões derivadas dos motivos acima mencionados e a liberação, por parte do MDS, de bolsas para outros beneficiários já cadastrados.

No quadro acima se observa também que o número de famílias inscritas no Cadastro Único até outubro de 2008 é mais que o dobro do total daquelas que receberam o benefício em outubro de 2008. Sobre este ponto, é forçoso sublinhar que todas essas famílias têm rendimento *per capita* não superior a meio salário mínimo⁸¹, o que, por si só, já dá o tom da situação de pobreza e vulnerabilidade social a que estão submetidas muitas famílias que não se enquadram nos critérios de renda do Bolsa Família. Então, não seria exagerado afirmar que o montante de aproximadamente 12 mil bolsas é insuficiente para as necessidades locais, considerando-se, obviamente, a perspectiva de combate à pobreza enunciada nos objetivos do Programa.

Em termos da distribuição das famílias beneficiadas no território municipal, dados do primeiro semestre de 2008, revelam que a região norte da cidade concentra a metade dos beneficiados (49,65%). Este mesmo mapa para o período que vai até junho de 2007 mostra comportamento semelhante, ou seja, a concentração de famílias na zona norte vem persistindo no tempo, observe:

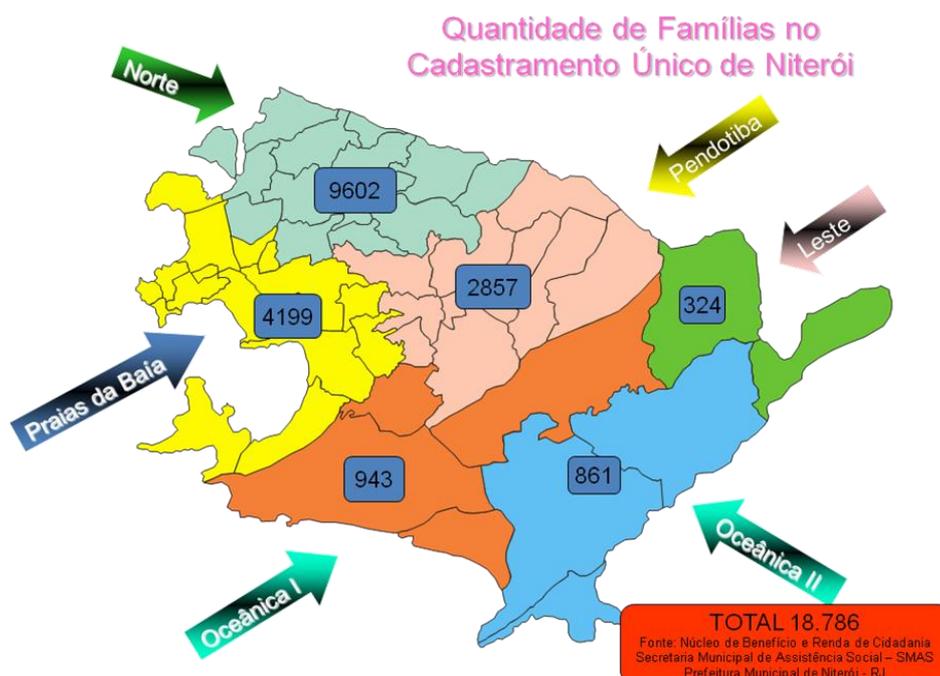


Figura 2 : Quantidade de famílias no CadÚnico de Niterói, junho 2007

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

⁸¹ Até 2007 este valor era de 175 reais.

4.2.1) As estratégias de cadastramento das famílias pobres em Niterói-RJ

Como já discutido neste trabalho, o Cadastro Único de Programas Sociais do governo federal – executado pelos municípios sob a coordenação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) desde 2004 - é um instrumento de identificação das famílias em situação de pobreza em todo o país. O cadastramento destas famílias é fundamental tanto para selecionar os beneficiários de programas sociais quanto para planejar políticas públicas voltadas para esta população.

É sabido, entretanto, que a possibilidade de selecionar adequadamente as famílias para os programas sociais e elaborar com segurança diagnóstico acerca das condições de vida das famílias cadastradas depende, em muito, da qualidade dos dados disponíveis. Também a ampliação com qualidade do número de famílias cadastradas (até atingir a meta estimada pelo MDS) está atrelada a diversos fatores relacionados às condições institucionais dos municípios, especialmente a situação de implantação dos CRAS⁸² em condições materiais adequadas e a existência de profissionais capacitados e em quantidade suficiente. É preciso, assim, que se leve em consideração a capacidade dos municípios e o apoio dos estados e governo federal para atualizarem os dados do Cadastro a cada dois anos. Na visão do MDS isto é condição imprescindível para garantir o foco do Programa, assim como elaborar diagnósticos e análises continuadas no tempo.

Descrever o modo como se processou o cadastramento das famílias beneficiadas pelo Bolsa Família em Niterói é fundamental para compreender as dificuldades inerentes à implementação local do Programa (incluindo o acompanhamento das condicionalidades), assim como a interpretação que os profissionais de saúde elaboram sobre a seleção das famílias no município.

O levantamento de informação sobre o processo de inscrição das famílias pobres de Niterói no Cadastro Único foi bastante difícil pela falta de registros e documentos oficiais que tratem desse aspecto⁸³. Foi necessário, assim, recorrer a alguns profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social que participaram desse momento inicial

⁸² Como vimos, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) tem como porta de entrada da população usuária os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), local onde deve ser realizado o cadastramento da população pobre no CadÚnico.

⁸³ Sem dúvida, este é um elemento que mostra as deficiências de estruturação da SMAS. Imprescindível, então, registrar a necessidade de produção de trabalhos que reconstituam a história da implantação do PBF no município, tendo em vista a preservação da memória técnica acerca desse programa e da própria política de assistência social.

do Programa para, a partir dos registros de memória desses atores, buscar, na medida do possível, reconstruir alguns aspectos da história de implantação do Cadastro no município. Vale dizer que os principais atores desse processo não estão mais trabalhando na SMAS, o que torna ainda mais complicado o entendimento dessa fase do Programa.

Em Niterói, o cadastramento para o PBF começou no final de 2003 e esse processo esteve desde sempre sob a coordenação da Secretaria Municipal de Assistência Social que, em alguns momentos, recebeu apoio da Fundação Municipal de Saúde e Fundação Municipal de Educação, assim como de outras instituições não governamentais. O apoio da educação e saúde se deu, sobretudo, com o objetivo de que estas instâncias procedessem a migração dos beneficiários do Programa Bolsa Escola (PBE) e Programa Bolsa Alimentação (PBA) (na realidade, do programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais⁸⁴) para o Bolsa Família⁸⁵. Ao mesmo tempo era realizado o cadastramento de famílias pobres sem trajetória de pertencimento aos chamados programas de transferência de renda remanescentes.

Neste momento, tendo em vista a necessidade de ampliar o número de cadastros foi firmada parceria entre a SMAS e a AMPLA (companhia de energia elétrica responsável pela prestação deste serviço no município) que cedeu agentes comunitários⁸⁶ para a atividade de cadastramento. De igual modo, as Secretarias Administrativas Regionais⁸⁷ e as Associações de Moradores participaram cedendo espaço físico para a realização do cadastro. Importante anotar também que alguns cadastros foram realizados em domicílio, cujo objetivo era facilitar a inscrição de famílias que, por motivos diversos, apresentavam dificuldade de acesso aos locais de cadastramento definidos à época.

Com base na observação direta e contatos informais realizados no trabalho de campo, é possível afirmar que os gestores da saúde consideram que a SMAS não tinha, na ocasião, estrutura (em termos de recursos humanos e orçamentário) para conduzir o processo de cadastramento, o que teria contribuído para a geração de problemas na focalização do Programa.

⁸⁴ Este aspecto é aprofundado em parte posterior deste trabalho.

⁸⁵ Segundo gestores da saúde, no momento inicial de implantação do cadastro, o PMF e escolas também fizeram indicação para que famílias vulneráveis fossem inscritas no Cadastro Único.

⁸⁶ Segundo informação de técnicos envolvidos com o PBF, os agentes comunitários da AMPLA foram treinados pela SMAS.

⁸⁷ Em cada região do município existe uma secretaria regional que funciona como uma espécie de descentralização do poder executivo no território municipal.

Em 2005 houve um recadastramento induzido (inclusive financeiramente) pelo governo federal⁸⁸. O objetivo desta iniciativa foi reavaliar os cadastros realizados até então em todo o país na tentativa de adequar o foco do Programa⁸⁹. De acordo com o relatório de gestão do Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania de 2005, o município desenvolveu este recadastramento através do NBRC, dos CRAS e dos Núcleos de Apoio às Famílias (NAF). Considerando o número reduzido de CRAS implantados no território municipal, foi estabelecido convênio com o Programa Agente Jovem⁹⁰ para que alguns de seus beneficiários realizassem, após treinamento específico, a atividade de atualizar o cadastro do Bolsa Família. Estes agentes recebiam *pró-labore* por cadastro elaborado, e isto, na opinião de alguns atores locais, não surtiu efeito do ponto de vista da qualidade dos dados que se buscava atualizar com o recadastramento.

Com base nos resultados de pesquisa realizada com famílias beneficiárias do Bolsa Família em Niterói, Monnerat & Souza (2008)⁹¹ afirmam que quase a metade dos titulares entrevistados (49,64%) declararam ter feito o cadastramento para o Bolsa Família em órgãos ou equipamentos vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social, isto é, na própria sede da SMAS, nos CRAS, nos Núcleo de Apoio à Família (NAF) e no Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania (NBRC). Um percentual bem menor expressou ter realizado o cadastro nos eventos chamados “Cidadania em Ação”⁹²

⁸⁸ O governo federal repassava um valor fixo em reais por cada cadastro atualizado.

⁸⁹ Vale lembrar que nesta conjuntura se avolumava as críticas da imprensa com relação à focalização do PBF.

⁹⁰ O projeto Agente Jovem é um programa do governo federal, sob gestão do MDS, voltado a jovens de 15 a 17 anos em situação de risco e vulnerabilidade social, pertencentes a família com renda per capita de até meio salário mínimo. Registros oficiais mostram que as atividades desenvolvidas pelo projeto visam garantir a permanência do jovem no sistema educacional e, ainda, proporcionar experiências práticas que o preparem para futura inserção no mercado de trabalho. Desde 2008 este Programa encontra-se em transição para o Projovem adolescente, programa que se insere na política de juventude e no SUAS.

⁹¹ No segundo semestre de 2008 coordenei, juntamente com a professora doutora da FSS/UERJ Rosimary Gonçalves de Souza, pesquisa intitulada: *Programa Bolsa Família: percepções e trajetórias de inserção das famílias beneficiárias no município de Niterói*. Tratou-se de um trabalho de extensão e assessoria à SMAS e cujo objetivo central foi, a partir de entrevistas com titulares do Bolsa Família e pesquisa no Cadastro Único: a) traçar o perfil social, econômico e demográfico das famílias; b) identificar as condições de acesso aos serviços de assistência social, saúde e educação e c) compreender a experiência de inserção e expectativas de futuro das famílias beneficiadas no município. Utilizou-se uma combinação das metodologias quantitativa e qualitativa, tendo sido a pesquisa realizada na zona norte do município, região que concentra quase 50% das famílias do PBF, ou seja, 5.591 famílias, de acordo com dados de julho de 2008. Foram entrevistas 358 titulares do benefício, quantitativo definido a partir de amostra aleatória simples, com margem de erro de 5% e intervalo de confiança entre 90% e 95%. As famílias entrevistadas tinham no mínimo 6 meses de inserção no PBF. Para a tabulação dos dados coletados em campo, utilizou-se o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais que é um software aplicativo (programa de computador) do tipo científico).

⁹² O evento 'Cidadania em Ação', segundo gestores da SMAS, tem como objetivo desenvolver ações de inclusão social, oportunizando o acesso das comunidades aos serviços da rede de utilidade

promovidos frequentemente pela SMAS, e ainda em ‘outros eventos da prefeitura’. Além disso, outras instituições não vinculadas à SMAS foram citadas em menor escala como local de cadastramento, tais como: escola, associações de moradores, unidade de saúde (policlínica, unidade básica ou PMF), igreja e, por fim, em sua própria casa. Dentre essas, a escola destaca-se como a instituição com maior índice de referência, o que certamente se deve ao maior grau de implantação do Programa Bolsa Escola comparativamente aos outros programas de transferência de renda que foram unificados no Bolsa Família. Assim, as áreas de saúde e educação participaram do primeiro cadastramento do Bolsa Família realizando basicamente a migração dos programas remanescentes⁹³. Já na ocasião do recadastramento, estas arenas setoriais não mais participaram deste processo.

Na perspectiva do aprimoramento da gestão do Programa, destaca-se que a construção de um sistema de informação, com base nos dados do CadÚnico, no âmbito do NBRC/ SMAS tem se mostrado como uma necessidade premente face às dificuldades de manipulação do aplicativo disponibilizado pelo MDS. Segundo os gestores e profissionais, há dificuldades com relação à frequência com que se pode acessar os dados, limitações quanto às possibilidades de cruzamento de variáveis, assim como o aplicativo é limitado em termos da possibilidade de se produzir relatórios e análises desagregadas sobre as famílias. Um exemplo disso é a dificuldade, relatada pelos técnicos locais, de saber quantas famílias são beneficiadas pelo PBF em uma determinada favela do município. Isto prejudica a focalização de políticas públicas em locais mais vulneráveis em razão da impossibilidade de identificação precisa destas micro-áreas. Para o acompanhamento das condicionalidades, é imprescindível que as famílias sejam rapidamente localizadas por local de moradia para se atingir os objetivos previstos no próprio desenho do programa que é maximizar uma rede de proteção social sobre os beneficiários do Programa⁹⁴.

pública, oferecendo geralmente os serviços de: orientações jurídicas e de saúde, campanhas de caráter informativo, preventivo e sócio-educativo, expedição de documentos, informações e cadastramento do PBF, etc.

⁹³ Segundo Monnerat & Souza (2008), dentre os 358 titulares do PBF entrevistados, foi encontrado baixo percentual de famílias que participaram do Programa Bolsa Escola (PBE). Ademais, não foi encontrado sequer uma família que tenha participado do extinto Programa Bolsa Alimentação (PBA) do Ministério da Saúde. Isto pode demonstrar o quanto este programa teve implantação incipiente no município.

⁹⁴ Com base na preocupação de extrair maior volume de dados do Cadastro Único para o planejamento de políticas públicas, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) criou o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF). Esta ferramenta pode ser utilizada pelos estados e municípios, permitindo definir

4.2.2) Focalização

Nos primeiros anos de implantação do PBF, o aspecto da má focalização – ou os chamados vazamentos⁹⁵ - foi alvo de críticas ferrenhas por parte da imprensa, demarcando nesta conjuntura sério questionamento público acerca dos objetivos do PBF e consequente destinação do dinheiro público.

Sabe-se que a estratégia adotada pelo governo brasileiro para garantir a focalização do PBF baseia-se na atualização constante do Cadastro e na busca de melhorar a qualidade dos dados coletados. Trata-se, com efeito, de uma tarefa complexa visto que depende do envolvimento de um grande número de atores nos estados e municípios, além do alto custo financeiro que a operação exige⁹⁶.

No que se refere à focalização do Programa no município de Niterói, interessante refletir sobre alguns resultados encontrados na pesquisa desenvolvida por Monnerat & Souza (2008). Assim, com base na declaração dos titulares entrevistados, as autoras observaram que cerca de 23,74 % das famílias possuem renda *per capita* familiar acima de 120 reais⁹⁷, traduzindo-se, obviamente, em um dado que não é compatível com os critérios de elegibilidade do Programa e, portanto, não constam do Cadastro Único. Acrescenta-se, entretanto, que dentre estes 23,74% a maioria esmagadora das famílias não têm renda que ultrapasse 175 reais, valor máximo fixado para inclusão das famílias pobres no Cadastro Único na ocasião da pesquisa.

Tendo como referência o estudo citado, para além dos problemas relacionados à

programas sociais destinados às famílias pobres. O indicador, que varia de zero a um, traça um mapa em seis dimensões sobre as vulnerabilidades das famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo ou renda familiar de até três salários. As dimensões abordadas são: composição familiar, acesso ao conhecimento, ao trabalho, disponibilidade de recursos, desenvolvimento infantil e condições habitacionais. Com a média de todos os indicadores chega-se ao IDF por família e por município. A concepção, objetivos e manuseio deste aplicativo foi apresentado por Ricardo Paes e Barros – técnico do IPEA - em novembro de 2008 em evento nacional do MDS (Mostra de Estudos sobre o PBF) em Brasília. Na ocasião, foi possível perceber a complexidade e sofisticação dessa ferramenta, o que impõe a reflexão sobre as condições que teriam a maior parte dos municípios brasileiros para utilizar tal aplicativo. Diz-se isto porque é notória a dificuldade da maioria das Secretarias Municipais de Assistência Social - falta computadores, ponto de internet, pessoal treinado e concursado para lidar com o Cadastro Único. Com efeito, o sistema de informação do PBF é bastante complexo face a realidade dos municípios brasileiros.

⁹⁵ Termo bastante utilizado pelos economistas que analisam a adequação ou não do foco do PBF aos critérios de renda previamente definidos. Refere-se a situações em que o Bolsa Família beneficia famílias que estão fora dos parâmetros de elegibilidade, ou seja, que na época possuíam renda per capita maior do que 120 reais.

⁹⁶ Estudos como o de Januzzi (2005) mostram que um dos elementos mais eficazes para garantir a adequada focalização do PBF seria utilizar estudos do tipo ‘mapa da pobreza ou exclusão’ (como os realizados em São Paulo) para definir *a priori* territórios em que o Programa deveria ser prioritariamente desenvolvido.

⁹⁷ Na ocasião o corte de renda *per capita* para entrar no PBF era 120 reais.

qualidade do preenchimento do Cadastro, as diferenças de renda *per capita* identificadas no momento da pesquisa podem também sugerir que ocorreram mudanças após a realização do Cadastro que, por motivos diversos, não foram captadas em processos de atualização cadastral. Tais questões poderiam ser explicadas em função da inconstância que caracteriza a vida das famílias pobres, seja na trajetória de inserção no mercado de trabalho, na velocidade em que os arranjos familiares se reconstróem e também na dificuldade de fixar residência. Ademais, outra causa possível para a incongruência dos dados se refere às diferentes formas de coleta de dados adotadas para preencher o Cadastro Único e para realizar a pesquisa citada. Sobre este ponto, é preciso lembrar que o cadastramento tem como um de seus objetivos diagnosticar a situação de pobreza das famílias para classificá-las como elegíveis ou inelegíveis para o PBF (proceder ao teste de meios), o que tende a favorecer comportamentos e declarações em acordo com as exigências do programa⁹⁸.

Para além das dificuldades inerentes à gestão do Cadastro Único, o que se quer destacar é a dificuldade de selecionar as famílias pobres a partir unicamente do critério renda (principalmente em contextos em que é necessário usar a renda declarada face à realidade de desemprego e precarização das relações de trabalho) e não através de indicadores sintéticos e outras formas de seleção que possam retratar a multidimensionalidade da pobreza. Como assinalado, o estudo de Monnerat & Souza (2008) identificou que a maior parte dos que estão fora da linha de pobreza do PBF não possui *per capita* superior a 175 reais, o que parece indicar a necessidade de revisão do (baixo) valor do corte de renda arbitrado e sua desvinculação do salário mínimo; além da adoção do conceito de pobreza absoluta que prevalece na formulação do Programa⁹⁹.

4.2.3) Dados de cobertura das condicionalidades do PBF na saúde

O acompanhamento das condicionalidades da educação e saúde vem se apresentando como um dos grandes desafios atuais do Bolsa Família. Os dados de cobertura indicam que a maior dificuldade está no acompanhamento das condicionalidades da saúde, já que a educação tem alcançado média nacional acima de

⁹⁸ Cabe lembrar que o PBF (e não poderia ser diferente) não exige comprovação de renda, valendo então a renda declarada.

⁹⁹ Como vimos, em 2009 o corte de renda para inserção no PBF passou para 137 reais, valor ainda muito abaixo do salário mínimo.

80% de cobertura. Como já mencionado, o arcabouço legal que define a forma de gestão das condicionalidades data de novembro de 2005, isto é, foi promulgada dois anos após a criação do Programa¹⁰⁰.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação-Geral de Programas de Alimentação e Nutrição (CGPAN), estabeleceu que o acompanhamento das condicionalidades da saúde deve ser registrado no *SISVAN*¹⁰¹ - *módulo de gestão*, ferramenta *on line* criada especialmente para armazenar dados das famílias do Bolsa Família com 'Perfil Saúde'. Cabe lembrar que são consideradas famílias 'Perfil Saúde' aquelas que recebem o benefício e que têm crianças menores de 7 anos, mulheres em idade fértil (10 a 50 anos), gestantes e nutrizes. Neste caso, é necessário que, além dos dados antropométricos, se registre o cumprimento do calendário de vacinação de menores de 07 anos, e para as gestantes a realização de consultas de pré-natal. Estas informações devem ser enviadas semestralmente pelos municípios ao Ministério da Saúde, que considera a primeira vigência ao final de julho e a segunda vigência em 31 de dezembro. O acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde reforça ações indicadas nos programas de atenção básica do Ministério da Saúde.

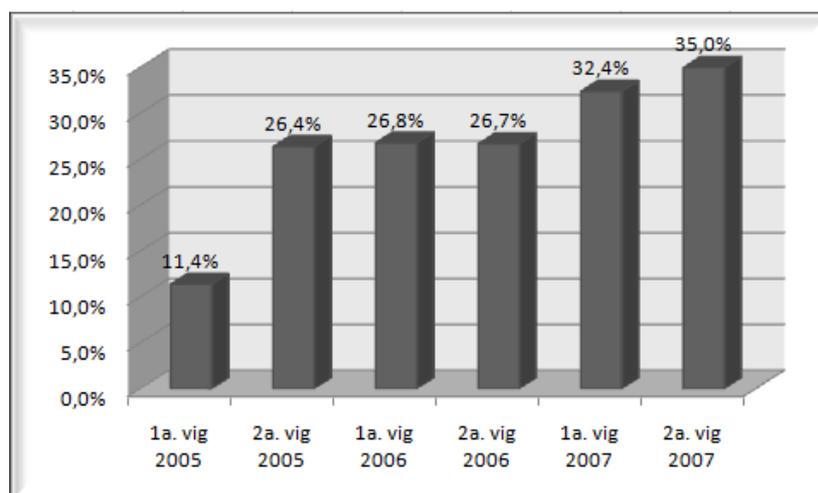
A cobertura de acompanhamento das famílias é a proporção entre aquelas acompanhadas pela saúde e o total de famílias 'Perfil Saúde', de acordo com lista fornecida a cada vigência pelo Ministério da Saúde. Este acompanhamento pode ser total ou parcial. As famílias com 'Perfil Saúde' *totalmente acompanhadas* são aquelas em que todos os membros foram acompanhados. Já o *acompanhamento parcial* se traduz na situação em que pelo menos um membro da família foi acompanhado e pelo menos um não teve acompanhamento. Esse acompanhamento parcial pode se configurar também em razão de problemas no preenchimento dos dados no SISVAN - módulo de gestão do DATASUS¹⁰². Com base neste sistema de informação, a evolução do PBF na saúde no período de 2005 a 2007, apresenta o seguinte comportamento:

¹⁰⁰ Esta discussão foi feita no capítulo 2 deste trabalho.

¹⁰¹ Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

¹⁰² Profissionais da coordenação das condicionalidades do PBF no setor saúde em Niterói ressaltam que não é incomum se ter casos de famílias acompanhadas em que o registro não foi devidamente realizado.

Gráfico 1 – Evolução da Cobertura de famílias acompanhadas pelo SISVAN – módulo de gestão no estado do Rio de Janeiro, 2005-2007 (DATASUS)



Fonte : CGPAN-SISVAN-DATASUS

Este gráfico mostra que ainda é baixo o acompanhamento das condicionalidades da saúde, muito embora se verifique um constante (embora lento) aumento desse percentual ao longo dos anos indicados. Para efeito de comparação salienta-se que, na segunda vigência de 2007, o índice para o Brasil era de 46,4%, taxa bem superior a média do estado do Rio de Janeiro.

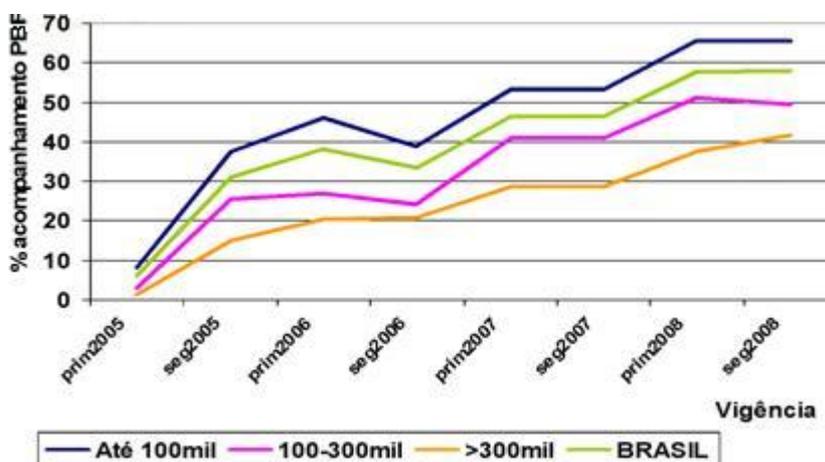
Ainda de acordo com o SISVAN/DATASUS-MS, outras taxas relativas ao acompanhamento das condicionalidades da saúde mostram que é expressivo o quantitativo de famílias '*não visitadas*', isto é, aquelas sobre as quais não se tem informação. Estes dados (segunda vigência de 2007) para o Brasil e estado do Rio de Janeiro são 44,1% e 59%, respectivamente. Já o percentual de famílias '*Perfil Saúde*' em que foi possível realizar algum tipo de busca ativa, mas, por motivos diversos, as famílias não foram encontradas - denominadas portanto como '*não localizadas*' - é de 6% para o Brasil e 4% para o estado do Rio de Janeiro. Este cenário chama atenção para duas questões, quais sejam: *a) a performance* do estado está sempre aquém da média brasileira e *b) há imensa dificuldade* de realizar visitas domiciliares e busca ativa das famílias do PBF.

A este respeito sinaliza-se que a média de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde é bem maior em outros estados da federação do que no estado do RJ. Dados recentes do SISVAN-DATASUS - relativos à segunda vigência de 2008 – mostram que, além do estado do Rio não ter conseguido alterar o percentual de

acompanhamento das condicionalidades que se manteve em 35,56%, os outros estados do Sudeste obtiveram melhores resultados, tais como: SP - 43,29%; ES - 53,4% e MG - 65,83%, perfazendo uma média de 51,05% de cobertura na região. Aliás, ressalta-se que em termos gerais, apenas o Amapá e o Distrito Federal apresentaram percentuais mais baixos do que o do estado do Rio de Janeiro: 24,29% e 25,49% respectivamente. É curioso observar que nenhum estado da região Nordeste apresenta média de acompanhamento das condicionalidades menor do que 56,69%¹⁰³.

O gráfico a seguir sugere que as pequenas cidades (com menos de 100 mil habitantes) geralmente atingem patamares mais altos de cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde do que os médios e grandes municípios.

Gráfico 2 – Evolução da média do percentual de beneficiários do PBF, segundo o porte dos municípios, 2005-2008



Fonte : CGPAN-SISVAN-DATASUS

Acompanhando a lógica de organização da gestão do PBF no setor saúde desde o âmbito federal, em Niterói a coordenação do PBF é realizada pela coordenação de Alimentação e Nutrição, instância diretamente vinculada ao Departamento de Supervisão Metodológica (DESUM) que, por sua vez, está hierarquicamente subordinado à Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família (VIPACAF) da Fundação Municipal de Saúde (FMS).

¹⁰³ Tudo indica que esta diferença se deve ao fato de que muitos municípios do Nordeste (em geral com menos de 100 mil habitantes) foram os primeiros a implantarem o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários e, uma parcela significativa, tem hoje em torno de 90% da população coberta por estes programas de atenção básica. A questão fundamental reside no fato de que estes municípios conseguem realizar visita domiciliar para proceder ao acompanhamento das famílias do PBF. Vale salientar que os dados de cobertura das condicionalidades da educação são homogêneos para as diversas regiões do país.

O acompanhamento das famílias beneficiadas no município é feito nas unidades de saúde que ofertam serviços de atenção básica, quais sejam: Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas Regionais e Unidades do Programa Médico de Família (PMF)¹⁰⁴.

Em meados de 2006, a Fundação Municipal de Saúde contratou um técnico de nutrição para coordenar o acompanhamento das condicionalidades da saúde. Tal decisão foi crucial para organizar o processo de gestão do PBF na saúde, porém, em razão da precarização do contrato de trabalho, no segundo semestre de 2007 outro profissional assumiu essa função. Com efeito, a alternância de profissionais nesse cargo (no início de 2008 já havia acontecido a terceira substituição) vem provocando descontinuidade no processo de implementação local das condicionalidades da saúde do Bolsa Família.

O quadro que segue demonstra que o acompanhamento das condicionalidades da saúde no município de Niterói apresentou índices muito baixos em 2005, com posterior melhora desse indicador. As baixas taxas de cobertura no referido ano traduzem a ausência de normalização (e consequente desorganização do nível local) para a gestão das condicionalidades, o que, como vimos, só vai se configurar com a publicação da Portaria 551 do MDS de 9 de novembro de 2005. Este período é, então, marcado pela dificuldade de capacitação e suporte técnico prestado ao município pelo governo federal para acompanhamento das famílias, além da falta de informação dos beneficiários sobre a exigência de cumprimento das condicionalidades.

Tabela 9 – Quantitativo de famílias beneficiárias do PBF e percentual de famílias acompanhadas segundo vigência de acompanhamento das condicionalidades de saúde, 2005-2007

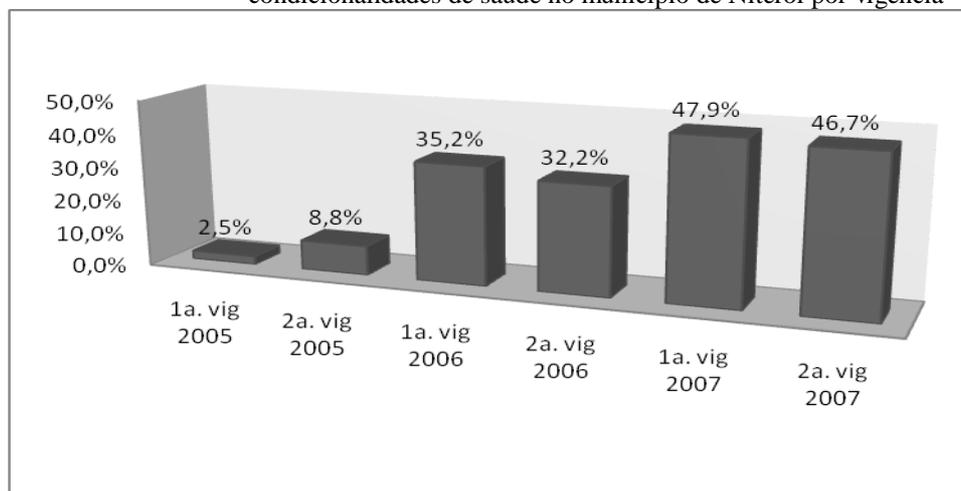
Vigência do PBF	1ª Vig. 2005	2ª Vig. 2005	1ª Vig. 2006	2ª Vig. 2006	1ª Vig. 2007	2ª Vig. 2007
Famílias Perfil Saúde	4.048	5.266	8.336	10.675	11.904	11.312
Famílias acompanhadas	104	467	2.935	3.443	5.704	5.284

Fonte: FMS/VIPACAF/DESUM-Niterói. Relatório Programa Bolsa Família – acompanhamento das condicionalidades de saúde 2ª vigência de 2007.

¹⁰⁴ Há duas policlínicas comunitárias em que este atendimento não é realizado, pois as áreas onde estão localizadas encontram-se totalmente cobertas pelo Programa Médico de Família.

O gráfico a seguir permite que se analise a mesma série histórica em termos percentuais.

Gráfico 3 – Evolução percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde no município de Niterói por vigência



Fonte: elaboração própria com base nos dados da FMS/VIPACAF/DESUM - Niterói. Relatório Programa Bolsa Família – acompanhamento das condicionalidades de saúde 1ª vigência de 2007 e DATASUS/MS/CGEPAN.

Destaca-se que entre a 2ª vigência de 2005 e a 1ª de 2006 há um crescimento importante da cobertura, o que pode ser explicado em razão da definição de diretrizes nacionais para o desenvolvimento de tal atividade. Já entre a 1ª e 2ª vigências de 2006 verifica-se ligeira diminuição do percentual de cobertura, mas no período que cobre a 2ª vigência de 2006 e 1ª de 2007, nota-se aumento importante do acompanhamento das famílias 'Perfil Saúde'. Na 2ª vigência de 2007 mantém-se praticamente o mesmo patamar de cobertura, isto é com 47%.

De acordo com o relatório da coordenação do PBF na saúde, as razões para explicar esse segundo maior salto no aumento da cobertura (entre a 2ª vigência de 2006 e a 1ª de 2007) são: a contratação neste período de técnico específico para gerenciar o processo de acompanhamento das famílias e as informações de acompanhamento das condicionalidades de saúde; capacitações promovidas pelo setor saúde com a participação da educação e assistência social; e outros fatores relacionados à organização do fluxo de informação entre a coordenação do PBF na saúde e o Programa Médico de Família (PMF). Esta última questão é importante porque o PMF tem uma coordenação executiva que não é a mesma que gerencia as unidades básicas e policlínicas. Além disso, os gestores do PBF na saúde em Niterói salientam que as

reuniões regulares do Comitê Intergestor do PBF e as requisições para o recebimento do IGD favoreceram o alcance dessa maior cobertura indicada no gráfico acima.

Cabe ressaltar que na primeira vigência de 2007, o município de Niterói, apesar de apresentar maior cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde em relação ao estado do Rio e à média brasileira (Niterói - 47,9%; estado do Rio – 33,7% e Brasil - 45,2%¹⁰⁵), este município *acompanhou totalmente* apenas 31,30% das famílias.

A tabela abaixo mostra a evolução do acompanhamento das famílias beneficiadas no município de Niterói segundo o percentual de famílias *totalmente acompanhadas e parcialmente acompanhadas* no período 2005 a 2007.

Tabela 10 – Percentual de famílias total e parcialmente acompanhadas segundo vigência, 2005-2007

Vigência do PBF	1ª Vig. 2005	2ª Vig. 2005	1ª Vig. 2006	2ª Vig. 2006	1ª Vig. 2007	2ª Vig. 2007
Famílias totalmente acompanhadas (%)	-	5,70	21,56	22,15	31,30	29,00
Famílias parcialmente acompanhadas (%)	-	3,11	13,64	10,05	16,60	17,70
Total de famílias acompanhadas (%)	2,50	8,80	35,20	32,20	47,80	46,70

Fonte: FMS/VIPACAF/DESUM-Niterói. Relatório Coordenação Municipal do Programa Bolsa Família na Saúde – 2008

De acordo com dados acima, observa-se que até o ano 2007 a proporção de famílias *parcialmente acompanhadas* ainda era muito grande. Para os técnicos locais isso se deve tanto às dificuldades de entendimento (por parte dos profissionais) de como proceder para realizar o preenchimento correto dos dados na ficha do SISVAN quanto aos obstáculos de cunho operacional como: insuficiência de recursos humanos, falta de ponto de internet disponível, além de ser comum haver demandas como epidemia de dengue e outras ações emergentes no campo da saúde pública que se interpõem na rotina de acompanhamento das condicionalidades. Os profissionais ressaltam também que o acompanhamento da saúde é muito complexo devido principalmente a variação

¹⁰⁵ Fonte SISVAN/DATASUS.

na listagem das famílias 'Perfil Saúde', isto é, a cada semestre há inclusão e exclusão de membros nas famílias a serem acompanhadas¹⁰⁶.

Esta questão do *acompanhamento parcial e total* carece ser melhor compreendida em função de que tende a refletir, para além da aparência do dado bruto, a qualidade do acompanhamento das famílias beneficiadas¹⁰⁷. Vale lembrar que as famílias parcialmente acompanhadas são aquelas que o serviço de saúde não conseguiu acompanhar todos os seus membros, ou se conseguiu não se procedeu ao preenchimento de todos os dados necessários e solicitados no formulário do SISVAN tais como peso, altura, dentre outros. Não resta dúvida de que o acompanhamento total é desejável não somente porque expressa a qualidade da atenção em saúde como também representa aumento do recebimento de recursos provenientes do IGD, já que para efeito do cálculo deste índice (dentre outras variáveis relativas às condicionalidades da educação e atualização do Cadastro Único) considera-se somente o percentual de famílias *totalmente acompanhadas*.

Para complementar a análise desta questão, interessante notar que no ano 2008 ocorreram oscilações que revelam inconstância na *performance* do município no que diz respeito a taxa média de cobertura das condicionalidades da saúde: na primeira vigência deste ano há um aumento que eleva o índice para 48,56% e, na segunda vigência o percentual apresenta pequena queda perfazendo 43,17%, conforme informação disponível no SISVAN/DATASUS/MS. Entretanto, dados da coordenação municipal do PBF na saúde revelam que em 2008 houve um salto de qualidade no acompanhamento das famílias, uma vez que na 1ª vigência de 2008 o *acompanhamento total* correspondeu a 43,90% das famílias e o *acompanhamento parcial* a 4,60%; e na 2ª vigência desse mesmo ano foram *acompanhadas totalmente* 33,97% e *parcialmente* 9,20% das famílias com 'Perfil Saúde'. Verifica-se assim que em 2008, embora o segundo semestre apresente uma queda no índice de *acompanhamento total*, há uma reversão da tendência anterior, motivada provavelmente pelo aprendizado institucional acumulado nos últimos anos.¹⁰⁸

¹⁰⁶ Tais mudanças referem-se às situações de gestantes que se tornaram nutrizes, de inclusão de gestantes, exclusão de crianças acima de sete anos, dentre outras variações.

¹⁰⁷ Se comparado com outros municípios da região metropolitana do Rio de Janeiro, os dados referentes ao acompanhamento parcial das famílias com 'Perfil Saúde' de Niterói se apresentam em patamares inferiores, observe: Itaboraí – 48% totalmente acompanhada e 0% parcialmente acompanhada; Rio Bonito: 39% totalmente acompanhadas e 0% parcialmente acompanhada; São Gonçalo: 29% totalmente acompanhadas e 0% parcialmente acompanhada.

¹⁰⁸ Embora a pesquisa não cubra o ano 2008, temos informação de que o algumas unidades tiveram

Ao buscar desagregar os percentuais de acompanhamento das condicionalidades da saúde por tipo de unidade, o relatório da primeira vigência de 2007¹⁰⁹, elaborado pela coordenação do PBF na saúde, confirma a assertiva de que a Estratégia Saúde da Família¹¹⁰ (ESF) tem maiores condições para fazer este acompanhamento do que as unidades 'convencionais', cujo modelo assistencial se pauta na demanda espontânea.

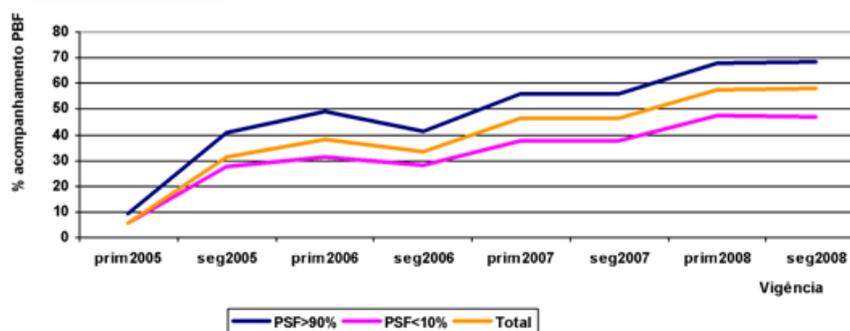
Tabela 11 – Quantitativo de famílias beneficiárias do PBF e percentual de cobertura por tipo de unidade de saúde - 1ª. vigência de 2007

Tipo de unidade de saúde	Nº Famílias por tipo de unidade	Famílias Acompanhadas	% Cobertura
Não P.M.F.	6339	1574	24,8%
PMF	5565	4130	74,2%
Total	11904	5704	47,9%

Fonte: FMS/VIPACAF/DESUM- Niterói. Relatório Programa Bolsa Família: acompanhamento das condicionalidades de saúde 1ª vigência de 2007

O gráfico seguinte mostra o comportamento nacional da média de cobertura das condicionalidades da saúde de acordo com o grau de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios. Contata-se que os municípios que tem cobertura igual ou maior a 90% apresentam resultados muito superiores aos que tem cobertura igual ou menor a 10%.

Gráfico 4 – Evolução da média do percentual de beneficiários do PBF em função da cobertura da ESF (2005-2008)



Fonte : CGPAN-SISVAN-DATASUS

problemas de acesso à internet.

¹⁰⁹ Não foi possível ter acesso aos dados da segunda vigência de 2007.

¹¹⁰ O Programa Médico de Família se enquadra na modalidade de atenção básica da Estratégia Saúde da Família.

Embora a cobertura do PMF em Niterói não chegue a 90% (está na realidade em torno de 25%), a presença deste Programa em 70%¹¹¹ das áreas com os piores indicadores sociais no município tende a favorecer o alcance de índices mais altos de acompanhamento das condicionalidades do que as unidades básicas e policlínicas¹¹². Este aspecto será abordado ao longo da análise dos resultados desta pesquisa.

Conforme depoimento de um gestor do PBF na saúde¹¹³, dentre os estabelecimentos da rede 'convencional' as unidades básicas apresentam cobertura de acompanhamento das condicionalidades maior do que as policlínicas. Isto pode ser explicado pela maior abrangência da área adscrita às policlínicas e ao fato destas unidade ofertarem, além da atenção básica, serviços mais especializados. Interessante notar que quanto maior o vínculo com a população maior a possibilidade de realizar o acompanhamento das condicionalidades.

Tendo em vista incrementar o acompanhamento das condicionalidades (e de modo geral aprimorar a gestão do Programa) foi criado o Índice de Gestão Descentralizada do PBF em 2006. O IGD municipal varia de 0 a 1 e é composto pelas variáveis relativas às informações sobre frequência escolar, acompanhamento dos beneficiários nos postos de saúde, cadastramento correto e atualização cadastral. Cada uma das quatro variáveis representa 25% do IGD. Este índice pretende estabelecer um *ranking* das experiências de implementação do PBF no nível local, premiando aquelas bem-sucedidas e incentivando a gestão de qualidade através do repasse de recursos financeiros extras para as prefeituras que alcançarem desempenho acima de 0,4 do índice. Para receber o IGD o município tem que ter aderido formalmente ao PBF; ser habilitado na gestão da Assistência Social; e atingir pelo menos 0,4 no valor do IGD¹¹⁴.

Importante salientar que de acordo com o artigo 2 da Portaria MDS/GM 148/06, a utilização dos recursos do IGD serão vinculados às seguintes modalidades de atividades: a) gestão de condicionalidades; b) gestão de benefícios; c) acompanhamento

¹¹¹ Informação de um dos gestores do PMF em entrevista concedida para esta pesquisa.

¹¹² Não foi possível acessar dados que permitissem sobrepor as áreas geográficas de cobertura do PMF às áreas nas quais as famílias do PBF estão distribuídas no município. Mas, é provável que haja certa coincidência em termos da focalização dos dois programas, visto que quase metade das famílias 'Perfil Saúde' estão sob a responsabilidade do PMF.

¹¹³ Não foi possível ter acesso a dados oficiais.

¹¹⁴ O montante transferido mensalmente a cada município resulta da multiplicação do IGD do município (calculado segundo as quatro variáveis anteriormente apresentadas) pelo valor de referência de R\$ 2,50 (dois reais e cinquenta centavos) e, desse produto, pelo número de beneficiários do Bolsa Família no município. Isso significa que os municípios com IGD igual a "1" recebem R\$ 2,50 por família beneficiária, a cada mês. Além disso, o valor é calculado em dobro para até 200 famílias em cada município, de forma a favorecer os pequenos municípios.

das famílias beneficiárias; d) em especial daquelas em situação de maior vulnerabilidade; e) cadastramento de novas famílias e atualização dos dados do CadÚnico; f) implementação de programas complementares para famílias beneficiárias do PBF, nas áreas de alfabetização e educação de jovens e adultos, capacitação profissional, desenvolvimento territorial, entre outros; g) fiscalização do Bolsa Família e do CadÚnico e h) controle social do Programa no município. O MDS sugere que os municípios se mobilizem para realizar planejamento intersetorial para definir a utilização do recurso. Com efeito, este é um dos grandes desafios do PBF¹¹⁵.

Pesquisa recente (2008) da Senarc (Secretaria nacional de renda de cidadania do MDS) mostrou que os recursos do Índice de Gestão Descentralizada do PBF tem contribuído para aprimorar a gestão do Programa no nível local. Em geral, os recursos tem sido utilizados na compra de materiais de consumo e computadores, como também na melhoria do espaço físico para atendimento aos beneficiários.

O teto de recursos do IGD para Niterói está em torno de 27 mil reais mensais, mas o município nunca conseguiu receber mais do que 20 mil reais. Sem dúvida, uma das principais razões que vem impedindo o aumento do IGD no município é a ainda baixa cobertura de acompanhamento das condicionalidades da saúde¹¹⁶. Este ponto é aprofundado no capítulo 5 deste trabalho.

¹¹⁵ Esta tema está discutido no capítulo 5.

¹¹⁶ Como exemplo destacam-se os dados referentes ao mês de junho de 2007: Índice de validade do cadastro: 0,82; índice de atualização do cadastro 0,70; índice de condicionalidade da educação 0,91; índice condicionalidade da saúde 0,22 perfazendo uma média do IGD no mês de 0,67. Assim, foram repassados 18.247,45 reais de um teto de 27.235,00. Os dados para o mês de fevereiro de 2009 são os seguintes: Índice de validade do cadastro: 0,93; índice de atualização do cadastro 0,34; índice de condicionalidade da educação 0,91; índice condicionalidade saúde 0,34 perfazendo uma média do IGD no mês de 0,63. Neste mês o município recebeu 17.158,05 principalmente em razão da queda do índice 'atualização cadastral'.

Capítulo 5 : Análise de resultados

Os resultados desta pesquisa estão organizados a partir de três eixos de análise:

1. **significados que gestores e técnicos atribuem ao Bolsa Família,**
2. **condições políticas, institucionais e operacionais do processo de implementação das condicionalidades do PBF na saúde,**
3. **processo de implementação local da gestão intersetorial e suas imbricações com o Bolsa Família.**

Como já analisado neste trabalho, os estudos no campo da avaliação e análise de programas e políticas sociais ressaltam que a execução de qualquer política depende do grau de adesão dos atores aos objetivos do programa a ser implementado. Sendo assim, faz-se necessário refletir sobre os níveis de concordância dos atores locais no que diz respeito aos objetivos, desenho e estratégias de operacionalização do PBF, haja vista que a maior ou menor aderência aos propósitos previstos na formulação desse programa pode influenciar os rumos da intervenção (Arretche, 2001).

Ao reconhecer que o desempenho dos programas sociais não depende apenas de sua concepção e desenho, considerou-se crucial conhecer os **significados que gestores e técnicos atribuem ao Bolsa Família** para posterior identificação de elementos favoráveis ao sucesso e também essenciais obstáculos atrelados ao processo de implementação das condicionalidades vinculadas à saúde. Este é o primeiro ponto que orientou a análise aqui empreendida.

Em um segundo momento tratou-se de situar os principais desafios do processo de implementação das condicionalidades do PBF na saúde. Conferiu-se especial atenção às **condições políticas, institucionais e operacionais**, ressaltando-se a dinâmica de interesse, resistências e conflitos que gravita em torno do programa. Ademais, incorporou-se a este eixo de análise os temas referentes a relação **condicionalidades e acesso aos serviços de saúde**, discussão balizada pelos desafios atuais do modelo prevalente de assistência à saúde.

Em razão do desenho intersetorial do PBF e do papel que o programa tende a adquirir no fortalecimento de ações transversais em curso no município de Niterói,

destacou-se um terceiro eixo, qual seja: a **análise do processo de implementação local da gestão intersetorial e suas imbricações com o Bolsa Família**. Pretendeu-se, nesta última parte, dimensionar as estratégias de ação intersetorial desenvolvidas no nível local, bem como identificar desafios que concorrem para moldar os níveis de cooperação e conflito entre os setores (especialmente saúde e assistência social) e as repercussões desse processo na forma de operação das condicionalidades do Bolsa Família na saúde.

5.1) Concepções e perspectivas dos profissionais de saúde face ao Programa Bolsa Família

A intenção aqui é recuperar os depoimentos dos profissionais de saúde, buscando entender de que maneira esses atores se apropriam do debate sobre os programas de transferência condicionada de renda e, especificamente, que significados atribuem ao PBF e suas condicionalidades. Trata-se certamente de uma ausculta necessária dada a novidade que programas desta natureza representam na atualidade.

Entre os profissionais de saúde - seja da chamada rede convencional¹¹⁷ ou do PMF - verifica-se um conjunto variado de percepções sobre o PBF que vai desde as que mostram concordância com os objetivos e desenho do Programa até as que manifestam restrições com relação à proposta. Assim, após quase três anos de experiência de implementação das condicionalidades da saúde no município¹¹⁸, constata-se que os gestores e profissionais desta arena setorial têm conhecimento dos objetivos enunciados do programa e, em geral, reconhecem a necessidade desta iniciativa do governo no atual contexto social do país.

De modo geral, o Bolsa Família é percebido como uma estratégia de combate à fome e à miséria, conformando um tipo de ação assistencial necessária para que a população pobre possa ter condições de exercer direitos sociais básicos e universais, tais como saúde e educação. Evidencia-se, assim, a compreensão de que o PBF pode representar oportunidade para o desenvolvimento de processo incremental de aprendizado e aprofundamento do exercício da cidadania.

¹¹⁷ Consideram-se aqui as unidades básicas e as policlínicas, excetuando-se o Programa Médico de Família.

¹¹⁸ Considerando que a implementação das condicionalidades no município teve início no final de 2005 e as entrevistas com os profissionais foram realizadas em 2007.

“Eu acho que o Bolsa Família é muito interessante na questão de dar uma renda mínima para que a família possa ter condições de alcançar um nível melhor de vida e passar a uma condição de exercer a cidadania. De poder aprender um ofício ou até mesmo conseguir uma colocação no mercado de trabalho. Porque se a família não tem uma renda mínima e corre atrás da sobrevivência dela e não pensa nas questões de saúde, os filhos não vão para a escola e vão para rua, eles vão trabalhar, fazer bico”. (Profissional Fundação Municipal de Saúde 2)

Com base na experiência de trabalho profissional, parte significativa dos entrevistados avalia que o acesso ao circuito de bens e serviços sociais ainda não foi adequadamente apropriado pelos beneficiários do programa, sendo, portanto, o exercício dos direitos sociais algo ainda distante da vida cotidiana da população brasileira em situação de pobreza. Nesta linha de raciocínio, observa-se forte concordância com o objetivo enunciado do programa, qual seja: articular transferência de renda com ampliação dos direitos sociais e o acesso à rede de proteção social.

Além disso, a proposição de articular o emergencial com ações estruturais é também um aspecto do programa demasiadamente tematizado e valorizado pelos entrevistados, pois que a inserção social e a inserção profissional são consideradas como a ‘real’ porta de saída do programa.

Nesta direção, um ponto crucial apontado por vários gestores e agentes implementadores diz respeito ao risco do Programa Bolsa Família se reduzir à mera transferência de renda, isto é, à sua faceta assistencial. Esta é uma questão que perpassa a maioria dos depoimentos, revelando a preocupação generalizada dos profissionais de que o programa deixe de cumprir papel estratégico e se transforme em um fim em si mesmo. Neste aspecto, a perda do potencial estratégico do programa se caracterizaria por processos de implementação descolados de uma perspectiva ampla de intervenção em termos da inserção social dos beneficiários, o que requer, necessariamente, a identificação das formas de exclusão a que se encontram submetidas as famílias beneficiárias do Bolsa Família.

“Pra mim não basta pensar o Programa como mera transferência de renda”. (...) “Claro que tem um valor essa questão da transferência de renda, mas tem a questão de trabalhar a garantia de direitos, e uma das formas de se fazer isso é através do cadastro do Bolsa Família que deve ser porta de entrada. Na verdade, quando você está cadastrando a família no Programa, aquele cadastro permite a você identificar uma série de ausências de direitos que não são assegurados. Então, você pode utilizar esse cadastro como uma forma de trabalhar as dificuldades que essa família tem em garantir os direitos, garantir o acesso”. (Profissional Programa Médico de Família 4)

No contexto atual de descentralização da política social, tal preocupação se justifica em razão de que grande parte da responsabilidade relativa ao processo de implementação do PBF recai sobre o nível local e, assim sendo, os resultados do programa dependem da capacidade política e institucional dos municípios.

Pode-se dizer que predomina, entre os entrevistados, uma percepção de que a efetividade social do PBF depende de uma série de iniciativas governamentais que sejam capazes de integrar um conjunto de políticas públicas com ênfase na ampliação do mercado de trabalho. Destaca-se aqui a relevância de promover políticas de emprego e garantir o direito ao trabalho como forma adequada de inclusão social, o que, entretanto, não significa que os programas assistenciais não devam ser desenvolvidos. Sob este aspecto, os profissionais de saúde reafirmam a compreensão do Estado como instância que deve intervir fortemente na questão social. O reforço dessa visão pode ser notado também na ausência de discursos claros e abertamente voltados para a individualização e responsabilização dos pobres pela sua condição social. Obviamente que esta não é uma discussão tranqüila e longe de polêmicas, visto a presença, mesmo que em menor escala, de opiniões que enfatizam os riscos do Bolsa Família aprofundar ainda mais a (presumível) situação de acomodação vivida pelos pobres.

Desse modo, apesar de reconhecer que seria um artificialismo ser contrário ao PBF, há um conjunto menos expressivo de profissionais que, quando estimulado a opinar sobre o programa, assinala sobretudo a vulnerabilidade dessa iniciativa com relação a possíveis efeitos perversos que sua implantação pode provocar. Estes profissionais se declaram preocupados com a armadilha do desincentivo ao trabalho.

Diferentemente da visão majoritária na qual prepondera a preocupação de que o Bolsa Família seja realmente capaz de potencializar a intervenção do Estado para ampliar direitos sociais, sob essa segunda perspectiva, embora aqui também se reconheça a importância do programa para minimizar a pobreza imediata, o foco da análise sinaliza as possíveis conseqüências nefastas da implementação do programa. O trecho seguinte é ilustrativo da questão apresentada:

“Eu acho que alguma coisa tem que ser feita, eu acho que o programa ele precisa existir, não pode ser uma coisa paternalista, ao meu modo de ver. A gente tem que tentar, principalmente, em locais que você, naquelas famílias que você tem um pessoal que possa trabalhar, que possa estudar, que possa crescer, pra não ficar nessa coisa do Bolsa Família, desse paternalismo o tempo todo. Mas, eu acho que no momento de fome, de dificuldade, de falta de dinheiro, né, que a gente via, não

tem o que comer em casa, muitas vezes a gente ouvia, as pessoas chegavam e diziam: eu não tenho o que comer em casa. Então, eu acho que alguma coisa tinha que ser feito. Eu acho que tem que ter muito cuidado, né, pra não ficar nessa coisa mesmo, do brasileiro se acomodar. Eu estou conseguindo cem reais, pra que eu quero mais que cem reais? Cem reais é bom, mas por que não cento e cinquenta? Por que não trabalhar? Eu acho que a gente tem que tentar resgatar essa coisa mesmo da cidadania, mas eu acho que isso é através da educação. Eu acho que o Bolsa Família foi interessante, ele é interessante". (Profissional Policlínica 4)

Para este entrevistado, a proposta do programa parece arriscada, principalmente se for considerada as possíveis armadilhas do desestímulo ao trabalho, o que, ao contrário do que se espera, provocaria o aprofundamento da dependência das famílias.

A discussão acerca dos riscos de desestímulo ao trabalho tem referência na concepção liberal de renda mínima traduzida na proposta de *Imposto Negativo* (Silva, 1996; Suplicy, 2002; Vanderborgh & Parijs, 2006). Sob esta perspectiva, a prestação econômica deve obedecer a um limite monetário de modo que os indivíduos não ‘escolham’ permanecer fora do mercado de trabalho. Há certo consenso de que esta concepção de renda mínima apresenta restrições do ponto de vista da garantia dos direitos de cidadania, pois a lógica que a acompanha é, em certa medida, a de minimizar a oferta de serviços sociais públicos. Além disso, vê-se aqui a valorização da noção de que a relação trabalho-renda é a via moralmente adequada de reprodução social das famílias e de que a assistência social é paternalismo do Estado e não um direito social.

Interessante notar que o debate internacional sobre os programas de transferência condicionada de renda, travado num contexto de reestruturação produtiva, está fortemente assentado na polêmica assistência versus trabalho e direito social versus contrapartidas (Castel, 1998, Rosanvallon, 1996, Branco, 2001).

No caso brasileiro, pesquisas qualificadas mostram que o Bolsa Família não tem se configurado como um estímulo ao ócio. Estudo¹¹⁹ publicado pelo Centro Internacional da Pobreza do PNUD em parceria com o IPEA revela que para pessoas de uma mesma faixa de renda, a presença no mercado de trabalho é maior entre os beneficiários do Bolsa Família¹²⁰. Esta situação se justifica em razão de que o baixo

¹¹⁹ Pesquisa intitulada “Targeted Cash Transfer Programmes in Brasil: BPC and the Bolsa Família”, baseado em dados da PNAD de 2004, dos autores Marcelo Medeiros, Tatiana Britto e Fábio Veras Soares, disponível no site do PNUD, acesso em julho de 2008.

¹²⁰ Os dados da pesquisa são evidentes: no grupo dos 10% mais pobres do Brasil, a porcentagem de pessoas que trabalhavam ou procuravam trabalho era de 73% entre os que recebiam o Bolsa Família e de 67% entre os que não recebiam. Na parcela dos 10% a 20% mais pobres, 74% dos beneficiários do Programa eram economicamente ativos, contra 68% entre os não beneficiários. No grupo seguinte (20% a 30% mais pobres), a taxa era de 76% para atendidos e de 71% para não atendidos. Também estudo do CEDEPLAR (Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas

valor do benefício – de 20 a 182 reais¹²¹ - não seria suficiente para suprir todas as necessidades das famílias inseridas no programa. Dessa forma, dizer que os programas de transferência de renda desestimulam os beneficiários a entrarem no mercado de trabalho não tem comprovação empírica e baseia-se muito mais em uma concepção preconceituosa.

Além disso, observa-se situações eventuais em que os beneficiários do PBF estão, em alguma medida, tendo a possibilidade de não aceitar trabalhos extremamente precarizados (na maioria das vezes temporário), mesmo que com carteira assinada. Diante disso, verifica-se a preferência pela permanência no Bolsa Família em função da continuidade e ‘segurança’ representada pelo programa do governo¹²² (IBASE, 2008).

Surpreendentemente, a ocorrência desse fenômeno demonstra que diante das condições (aviltantes) de trabalho no país, o PBF (que, vale reafirmar, repassa um valor monetário ínfimo às famílias beneficiadas) pode estar funcionando como uma espécie de proteção contra a selvageria do mercado¹²³, embora ainda não garanta as condições esperadas de segurança alimentar¹²⁴ (IBASE, 2008).

Registra-se também, entre os entrevistados, a presença de uma visão que se caracteriza especialmente pelo descrédito com relação à efetividade social do PBF, uma vez que o percebe como uma ação “paliativa”. Nesta compreensão não se vislumbra possibilidades de o Programa se tornar um eixo articulador de diversas outras políticas públicas e sociais, assim como considera-se improvável que os governos realmente realizem investimentos sociais que confirmem materialidade ao objetivo oficial do Bolsa Família de articular ações assistenciais com ações estruturais. Aqui, o programa é visto como eleitoreiro e como favorecedor da dependência das famílias pobres. Trata-se, enfim, de uma visão que tende a se expressar em baixa adesão ao PBF.

Entretanto, nesta pesquisa, prevalece a visão de que o PBF é uma estratégia

Gerais) de 2006 demonstra que a taxa de participação no mercado de trabalho de adultos em famílias atendidas pelo PBF é 3% maior do que em famílias não atendidas pelo Programa.

¹²¹ Valores reajustados em 2008.

¹²² Parece, assim, que a regularidade no aporte de recursos possibilita que as famílias beneficiadas planejem seu consumo.

¹²³ É forçoso lembrar que o trabalho escravo ainda é uma realidade entre nós.

¹²⁴ A pesquisa “Repercussões do PBF na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas” realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), coordenada por Francisco Menezes, publicada em junho de 2008, demonstra que de acordo com a classificação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) 16,9% dos beneficiados do PBF encontram-se em situação de segurança alimentar e nutricional; 28,3% em insegurança alimentar leve (não há falta de alimentos, mas preocupação em relação ao consumo futuro); 34,1% insegurança alimentar moderada (restrição na quantidade de alimentos na família); e 20,7% insegurança alimentar grave (fome entre adultos e crianças da família).

importante de inclusão das famílias pobres no circuito de direitos sociais. Todavia, é crucial assinalar que o Bolsa Família apresenta uma importante fragilidade, haja vista que não se configura como um direito social inscrito na Constituição Federal e, portanto, não garantido legalmente. Trata-se, em verdade, de um programa de governo que, embora bastante consolidado, pode ser manipulado ao sabor da competitividade política do momento. Curioso perceber que nenhum entrevistado fez referência à ausência de garantias legais do PBF, assim como não houve menção à Lei n.10.835 de 8/01/2004, de autoria do senador Eduardo Suplicy, que institui a ‘renda de cidadania’ no país. A ausência de referência a esta Lei pode ser tributada ao seu total esquecimento na agenda pública atual.

No que tange às contrapartidas, ponto central do desenho do programa, os depoentes reforçam a idéia de que a cobrança de condicionalidades é uma forma inteligente de incentivar a ampliação do acesso aos serviços sociais e impactar a situação de iniquidade social do país. Isto é, representam um meio de facilitar o acesso aos direitos sociais e possibilidade de estreitamento das relações entre famílias e Estado. Assim, a cobrança de condicionalidades é vista como um artifício para valorizar, para além da renda, outras dimensões da pobreza, especialmente a social e cultural. O relato seguinte é rico na explicitação da importância da exigência de condicionalidades vis-à-vis as dificuldades de intervenção sobre a situação de vida de famílias enredadas em trajetórias de reprodução geracional da pobreza.

(...) "Uma outra coisa que eu acho interessante em termos de condicionalidades é que muitas das vezes a família não entende por que tem que ir num posto de saúde, por que tem que ter a criança na escola. Essa compreensão nem sempre é muito trabalhada com a família, então eles não conseguem perceber que a discussão que o Bolsa Família traz é justamente tentar modificar o padrão de vida ou a forma como essas famílias foram observando e lidando com as questões de saúde e de educação". (Profissional PMF 4)

Neste aspecto, cabe referência aos postulados de Sen (2000), os quais vêm influenciando sobremaneira a idealização dos programas de transferência condicionada de renda. Este autor mostra preocupação particular com a formulação de políticas públicas voltadas para o combate às desigualdades sociais, dando centralidade ao tema da pobreza como privação de capacidades. Deste modo, o autor faz defesa intransigente da utilização do conceito de pobreza relativa, sinalizando que a idéia de pobreza como insuficiência de renda não é capaz de explicar a complexidade da privação vivida pelos

pobres, ao mesmo tempo em que alerta que o desenvolvimento econômico de um país depende da liberdade e oportunidade que os indivíduos têm para desenvolverem suas capacidades. Nesta perspectiva, o funcionamento social de cada indivíduo (e o próprio crescimento econômico) depende da forma como se enfrenta a ‘pobreza de capacidade’ (Sen, 2000). Então, ao lado da necessária liberdade política e dos direitos civis, o acesso à educação e ao sistema de saúde é crucial para enfrentar a pobreza, também entendida como inadequação de capacidades.

Enquanto prevalece na opinião pública a idéia de condicionalidade como contraprestação de um benefício financeiro, os profissionais de saúde destacam, em consonância com os idealizadores do Programa, que a cobrança de contrapartida tende a ampliar as capacidades das crianças e jovens das famílias beneficiadas, notadamente via o acesso à saúde e educação.

As condicionalidades do Bolsa Família encerram questionamentos importantes sobre a eficácia e efetividade do setor saúde, principalmente no que reporta à capacidade das unidades básicas de saúde cumprirem a missão precípua de se constituírem como porta de entrada do sistema, através da territorialização/adscrição de clientela e vinculação com os usuários.

“Eu acredito no Bolsa Família. Independente de qualquer outra discussão, é uma grande oportunidade para estar cumprindo uma condicionalidade na saúde, que é o que a gente devia estar fazendo. Eu me deparei com isso numa discussão com uma colega, uma pessoa extremamente bem intencionada e que depois de assistir uma das explicações do que era o Bolsa Família com o pessoal da saúde, falou: Ah, mas a condicionalidades da educação eu posso cumprir, que os alunos já estão lá mesmo, é só cumprir o que eles já fazem. Aí, eu falei, mas na saúde também, é só a gente fazer o que a gente já devia estar fazendo. Mas, não existe como o indivíduo cumprir condicionalidade do Bolsa Família se não for na lógica do território. Unidade de Saúde que não trabalha com a lógica do território, que não trabalha com esse modelo, não vai cumprir nunca a condicionalidade do Bolsa Família”. (Profissional Policlínica 6)

A implementação das contrapartidas do PBF na saúde traz à tona a discussão sobre os desafios do setor face à predominância do modelo assistencial baseado na demanda espontânea¹²⁵. Neste caso, a estratégia Saúde da Família (ou o PMF) teria, em tese, maior possibilidade de atender as requisições do Bolsa Família por conta da lógica

¹²⁵ Embora já se possa contar com muitas pesquisas de avaliação do PBF, ainda há carência de investigações qualitativas que mostrem a capacidade dos sistemas de educação e saúde de atender as requisições do PBF.

de adscrição de território e do vínculo com as famílias. Considerando que não há dúvida de que a cobrança de contrapartidas coloca em xeque a qualidade e quantidade de serviços ofertados pela rede de saúde, para a maioria dos entrevistados o PBF também significa oportunidade ímpar para a saúde atuar na captação de usuários que, por diversos motivos, têm dificuldade de acesso e conformam a chamada 'demanda reprimida' do setor. Por outro lado, a presença de condicionalidades no desenho do Bolsa Família traz importantes inquietações aos agentes implementadores locais.

“Eu acho que a lógica do negócio é que deveria ser uma consequência natural, ou seja, que as informações geradas das condicionalidades deveriam ser uma consequência natural da inclusão dessas famílias nos serviços de saúde e não uma cobrança. "Ah! Se não for vacinar a criança vai perder." ou "Se não for na unidade de saúde e não fizer o pré-natal vai perder o benefício." Não deveria ser uma consequência natural? A família é incluída no sistema público de saúde e esse contato com as unidades de saúde e os profissionais de saúde geraria essas informações que são as condicionalidades. E aí todo um trabalho de educação em saúde. Por que vacinar a criança? A importância de acompanhar o crescimento da criança, a importância da gestante continuar o pré-natal e ir às consultas. E não a família se sentir obrigada a ir à unidade de saúde "bater ponto", pesar a criança e vacinar a criança para continuar a receber o benefício. Essa é a lógica que deveria acontecer, mas muitas vezes não é o que acontece”. (Profissional Fundação Municipal de Saúde 2)

Nota-se aqui a preocupação com os riscos de tutela e controle das famílias por parte das agências governamentais, demonstrando que a necessidade de acompanhar as condicionalidades pode se traduzir em uma armadilha colocada pelo desenho do programa e, notadamente, pelas estratégias operacionais que, dentre outras coisas, prevê a punição dos 'inadimplentes' com o Bolsa Família.

Entretanto, é possível afirmar que predomina a percepção de que o Programa Bolsa Família constitui importante política de combate à pobreza, havendo entendimento consensual de que diante da situação de miséria do país seria um artificialismo ser contrário ao programa. Assim, para a maior parte dos entrevistados as condicionalidades representam mecanismos de garantia de direitos e não de sua negação, como apontado em estudos atuais (Lavinias, 2004). Prevalece a idéia de que pode favorecer processos de integração e abrir possibilidades de minimizar diferentes ausências e privações dos beneficiados.

Todavia, não se pode secundarizar as experiências de alguns profissionais que, não raro, se vêem em meio à situação contraditória de ter de 'pressionar' os pobres para que estes exerçam os direitos de cidadania. Nesta direção, a contradição direitos versus

deveres se coloca como questão importante, mas de difícil apreensão por parte dos entrevistados.

A complexidade da visão dos profissionais de saúde sobre o PBF é também atestada na prevalência da compreensão de que o programa, apesar de necessário, representa uma relação de dependência entre famílias e Estado. Nesse caso, a dependência é algo negativo e, portanto, não deve perdurar no tempo. Ou seja, o ideal é que a condição de beneficiário seja abreviada. Esta maneira de conceber o Bolsa Família mostra que a transferência de renda ainda carece de ampla legitimidade social, não sendo reconhecida como um direito social num contexto em que é difícil conceber a renda desvinculada do trabalho. Neste aspecto, parece necessário refletir se a condição de programa de governo e não de Estado vem interferindo na concepção mais geral acerca do PBF.

As visões dos entrevistados acerca das armadilhas postas ao processo mais geral de implementação do PBF pode ser assim sintetizada: Por um lado, há aqueles que destacam os riscos de o Bolsa Família não cumprir seu papel estratégico de ampliação de direitos sociais e, por outro, estão os profissionais que ressaltam os riscos de que, em função do recebimento do benefício, as famílias se acomodem e não mais se movimentem em busca de trabalho. No entanto, é consensual o entendimento de que a transferência de renda terá impacto duradouro somente se o Estado investir na ampliação das políticas públicas, notadamente no que se refere às condições de habitação, saneamento, educação e políticas de trabalho e emprego.

A análise aqui realizada, além de não identificar diferenças de opinião que possam ser creditadas ao lugar institucional ocupado pelos diferentes atores entrevistados e tampouco à formação profissional dos mesmos, evidencia que a presença de contrapartidas no desenho do Bolsa Família traz à tona discussões relativas aos significados atribuídos ao direito social, a noção de pobreza e pobre prevalecente na sociedade, ao risco de tutela das famílias por parte do Estado e à capacidade institucional do Estado em ofertar e gerir serviços sociais.

5.2) A implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família no setor saúde: entre promessas, riscos e possibilidades

Esta parte do trabalho busca analisar a complexidade do processo de implementação das condicionalidades do Bolsa Família no sistema de saúde do município de Niterói- RJ.

5.2.1) Momento inicial: estranhamentos, inseguranças e resistências

O momento inicial de implementação de qualquer programa social descentralizado não é fácil, porém a maior ou menor dificuldade em termos da adesão imediata ao programa que se quer implantar depende, dentre outras coisas, de como se dá o processo de formulação – principalmente no que se refere ao grau de participação da cadeia de atores interessados – e das estratégias de implementação adotadas.

No caso do desenvolvimento do PBF em Niterói, todos os atores entrevistados (seja da Fundação Municipal de Saúde ou da Secretaria Municipal de Assistência Social) são unânimes em afirmar que tiveram que implementar um programa sobre o qual não conheciam quase nada. A expressão “*o Bolsa Família caiu na nossa cabeça*”¹²⁶ é emblemática da dificuldade inicial de concertação intergovernamental em torno de um programa que o governo federal tem como prioritário e, por isso, impôs urgência em sua implementação¹²⁷. Não é à toa que, em 2006, após exatos 3 anos e três meses de funcionamento, o PBF já havia atingido a sua meta, qual seja: a de atender 11 milhões de famílias¹²⁸. Neste cenário, não há dúvida de que a impressionante *velocidade de implementação do Bolsa Família* adicionou outros dilemas e resistências à já complexa execução descentralizada de programas e políticas sociais no país.

Tratar das dificuldades iniciais de implementação das condicionalidades do PBF no sistema de saúde de Niterói requer que se entenda como o Programa foi recebido pelos profissionais de saúde que há muitos anos vinham desenvolvendo programas de alimentação e nutrição voltados para grupos populacionais em estado de desnutrição. É o caso do programa de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) antigo programa do Ministério da Saúde desenvolvido pela Área Técnica de Nutrição e Alimentação (ATAN) dos estados e municípios. Esse programa visava a distribuição de óleo e leite para crianças (até 5 anos) e gestantes desnutridas, as quais eram acompanhadas pelos nutricionistas e pediatras dos serviços de saúde. A distribuição desses produtos cessava quando a situação de desnutrição era resolvida. Um dos problemas identificados na implementação desses programas dizia respeito ao fato de que o óleo e o leite não eram destinados apenas aos membros da família que eram alvo do programa, mas o consumo se diluía entre todos, de modo que seu impacto na

¹²⁶ Expressão cunhada por um dos profissionais de saúde entrevistados.

¹²⁷ Estudo de Marques et al. (2009) mostra a forte relação entre o voto em Lula no segundo turno das eleições de 2006 e o peso da cobertura do PBF na população total de cada município.

¹²⁸ A série histórica da cobertura do PBF em nível nacional está no capítulo 4.

situação de desnutrição de crianças e gestantes acabava minimizado.

Em substituição ao ICCN, foi criado o Programa Bolsa Alimentação (PBA) que visava, através da introdução da transferência direta de renda, impactar de modo mais adequado a situação de insegurança alimentar de parcela das famílias pobres. Prevalece, assim, o entendimento de que o desenho dos programas de transferência condicionada de renda é mais eficiente para combater a insegurança alimentar do que a distribuição de alimentos. Sobre este aspecto, Burlandy argumenta que:

“A distribuição de alimentos vem sendo questionada em sua eficácia e fortemente criticada por agregar muito pouco ao bem-estar geral dos grupos vulneráveis. A ineficiência caracteriza o próprio desenho operacional destes programas que consomem grande parte dos recursos em logística, limitando o percentual que é revertido ao usuário. Perdas no processo de armazenagem, desvios, roubos, deterioração dos alimentos, efeitos negativos como não incentivo à produção local, competitividade com o comércio local e restrições à liberdade na escolha dos alimentos para consumo vêm sendo apontados. Além disto, o uso clientelista deste tipo de programa é recorrente, fato que constitui violação direta do DHAA e à cidadania dos usuários” (2007: 1444).

Entretanto, mudança posterior na legislação do Programa Bolsa Alimentação criou insatisfação entre os nutricionistas justamente porque veio a alterar o critério de seleção e monitoramento dos beneficiários do programa procedendo, assim, a desconsideração daquilo que é o objeto de intervenção dessa área: a vigilância nutricional.

De modo geral, o Programa Bolsa Alimentação (PBA) não foi extensamente implantado no país, sendo, em 2003, unificado no Programa Bolsa Família. Em Niterói não foi diferente, o que se confirma no fato de os entrevistados se referirem recorrentemente ao ICCN e não ao PBA. Considerando tal situação, tudo indica que, na maioria das unidades, o PBF substituiu as ações do ICCN.

Assim, uma das questões apontadas pelos gestores da Fundação Municipal de Saúde e do Programa Médico de Família dizia respeito às discordâncias iniciais com o Programa Bolsa Família visto que se considerava inadequada a utilização apenas do critério renda para proceder a seleção do público-alvo, potencialmente em situação de insegurança alimentar. Neste caso, a compreensão era de que o critério nutricional fora relegado a segundo plano, assim como se afrouxaram os mecanismos operacionais que exigiam a vigilância nutricional das crianças e gestantes desnutridas, clientela do ICCN. Com efeito, o fato de o município não ter implantado extensivamente o Bolsa

Alimentação parece ter sido um fator de acirramento das resistências em relação ao PBF. Diz-se isto porque a passagem direta do ICCN para o PBF não oportunizou a mediação do Programa Bolsa Alimentação, que, se por um lado, já trazia a renda como critério de seleção, por outro, era um programa setorial, ou seja, do Ministério da Saúde.

“Os profissionais começaram a reclamar a perda do acompanhamento dessas crianças. Isso causou um certo constrangimento, um certo... vamos dizer assim... resistência. Coisa nova! "Por que mudou, não era para ser assim a gente estava acompanhando essas crianças?" E foi difícil, realmente foi muito difícil!” (Profissional Fundação Municipal de Saúde 1)

Vale lembrar que o ICCN e o Bolsa Alimentação, programas setoriais do Ministério da Saúde, eram coordenados e implementados, sobretudo, pelos nutricionistas. Parece, então, que a implantação do Bolsa Família propiciou resistências e estranhamentos que podem estar relacionados ao fato de o setor saúde ter que desenvolver um programa que, embora tenha desenho intersetorial, não vem do Ministério da Saúde ou das correspondentes secretarias estaduais e municipais. Na esteira dessa análise, observa-se que a utilização de critérios sociais e não de saúde (ou doença?) estrito senso para a seleção do público alvo do PBF é algo que, no início da implementação do Programa, contribuiu para uma atitude de distanciamento por parte dos implementadores diretos.

Embora a coordenação municipal do PBF na saúde esteja sob a responsabilidade dos nutricionistas da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), é digno de menção o fato de que na maior parte das unidades pesquisadas (unidades básicas e policlínicas) os responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades são os profissionais de Serviço Social, conforme demonstra a tabela abaixo:

Quadro 1 – Equipe responsável pela implementação das condicionalidades por tipo de unidade

Tipo de unidade de saúde	Equipe ou profissional que implementa as condicionalidades
PMF	Médico/técnico de enfermagem com apoio do supervisor de Serviço Social
Policlínica 1	Assistente social no cargo de vigilância em saúde e equipe de Serviço Social e nutricionista
Policlínica 2	Equipe Serviço Social
Policlínica 3	Médico no cargo de coordenação de equipe multiprofissional e equipe Serviço Social

Policlínica 4	Nutricionista no cargo de vigilância em saúde
Policlínica 5	Fonoaudiólogo no cargo de coordenação de equipe multiprofissional e equipe Serviço Social
Unidade Básica 1 ¹²⁹	Assistente social
Unidade Básica 2	Nutricionista
Unidade Básica 3	Técnico nível médio
Unidade Básica 4	Assistente social

Diante disto, interessante notar que o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a requisitar que os assistentes sociais assumam a função de agente executor das condicionalidades do Bolsa Família numa possível alusão à compreensão de que as ações deste Programa 'fogem' ao objeto específico da saúde.

Tais questões são evidências inequívocas de que a concepção ampliada de saúde e o desenvolvimento de práticas baseadas na integralidade ainda são dilemas cruciais para a política de saúde. O depoimento que segue é emblemático das dificuldades que, após 20 anos de implementação do SUS, ainda se tem para alterar o modelo assistencial hegemônico nas unidades de saúde 'convencionais', assim como no âmbito da estratégia Saúde da Família. Destaca-se que a fala abaixo é de um profissional do Programa Médico de Família.

“Mas você tirou um instrumento de trabalho do nutricionista”. O pediatra também se envolvia naquela história ali. No momento então que a Bolsa Alimentação vira Bolsa Família e vai pra assistência aí não é problema da saúde, não é mais instrumento de trabalho da saúde. Aí criou uma resistência”. (Profissional PMF1)

O próprio entrevistado registra a dificuldade que os profissionais do PMF tiveram para entender o PBF como um instrumento que poderia favorecer o trabalho com as famílias. Assim, neste início da implementação do Bolsa Família, identifica-se uma espécie de negação da visão intersetorial do Programa, o que, a primeira vista, é de se estranhar se for considerado que a Promoção da Saúde é objeto enunciado do PMF. Todavia, se por um lado, os gestores do PMF reconhecem que a força do modelo médico hegemônico ainda é um obstáculo ao amplo desenvolvimento de ações intersetoriais, por outro, o ritmo acelerado em que se deu a implantação do Programa contribuiu fortemente para o nível de resistência ao Programa observado em Niterói.

Nesta conjuntura, os profissionais da rede de saúde do município (e não somente

¹²⁹ Em geral, as unidades básicas contam com apenas um profissional de serviço social.

aqueles vinculados ao PMF) consideravam que o acompanhamento das condicionalidades da saúde constituía uma demanda externa, oriunda da assistência social e, portanto, não afeita ao SUS. Com efeito, a receptividade do Bolsa Família entre os profissionais de saúde foi afetada em razão da imposição de um ritmo acelerado de execução do Programa que não favoreceu a disseminação de informação suficiente e em tempo hábil para executar as tarefas exigidas.

Na esteira das questões apresentadas, a pesquisa mostra que inicialmente os profissionais da rede e do PMF - entendiam que o PBF representava um trabalho extra, tanto porque passou a exigir um esforço adicional para captação das famílias beneficiárias com 'Perfil Saúde', como por ter imposto um aumento do número de registros a serem feitos em formulários específicos do SISVAN - módulo de gestão Bolsa Família. As queixas dos profissionais do PMF são particularmente contundentes com relação a este aspecto, visto que antes da criação do Bolsa Família já havia um movimento para reduzir o quantitativo de fichas utilizadas no processo de trabalho do Médico de Família. Segundo alguns entrevistados, os gestores do PMF já vinham buscando condensar o número demasiado de formulários e justo neste contexto surge o PBF com mais uma exigência.

“Eu acho que a resistência é o próprio registro, essa condicionalidade periódica que vem. Porque as equipes já lidam com uma série de documentos do Ministério da Saúde, uma série de exigências necessárias para o trabalho na área da saúde que elas têm que responder. Condicionalidades e vários acompanhamentos. HIPERDIA sobre hipertensão, criança pra puericultura, gerência, ou seja, todos os programas criança, idoso, adulto, tuberculose, tudo isso tem que ser registrado em gerências”. (Profissional PMF 4)

Embora referido por apenas um entrevistado, chama atenção outro motivo de resistência ao Programa: a idéia de que se trata de uma ação governamental de cunho estritamente político e eleitoral. Tudo indica que, dentre os profissionais de saúde, a corporação médica foi a que se mostrou mais refratária à implementação das condicionalidades do Bolsa Família na saúde. O trecho que segue ilustra a afirmação:

“Tem duas situações, principalmente à da veia médica eles têm as suas restrições quanto ao programa, por achar que ele é mais comunista, mais... Os médicos têm essa visão assim, se ressentem muito disso, de achar que está se usando politicamente”. (Profissional Policlínica 1)

A centralidade do PBF na política social do atual governo e seu potencial eleitoral esclarecem, em parte, o receio de uso clientelista do Bolsa Família. Ao mesmo

tempo, a veiculação na mídia de idéias contrárias ao Programa, especialmente nos primeiros dois anos de sua implementação, pode também ter influenciado a conformação de opiniões como esta presente no depoimento acima.

O entrevistado prossegue expressando outras questões vinculadas às dificuldades iniciais de adesão dos médicos ao PBF:

“Eles não entendem isso como sendo inerente ao seu processo de trabalho, eles entendem assim, quando vem o paciente, eles atendem o paciente. Agora, está dentro da própria lógica do modelo, é deslocado da família, na verdade, ele atende uma pessoa que não é sujeito, que não está inserido numa família, num contexto social, ele não quer saber da problemática social. Ele quer saber o que ele tem, está com febre, então eu vou tratar a febre, está com infecção, eu vou tratar a infecção. Mas, eu não sei quem é essa pessoa, não me interessa saber. Que é a lógica do próprio modelo, que é um modelo que entra em esgotamento, mas que você não trabalha com profissionais formados com essa nova lógica. Você tem que introduzir por dentro do sistema. Então, você tem muita descontinuidade, porque o tempo todo você tem que estar introduzindo uma nova abordagem para um profissional que já está cristalizado”. (Profissional Policlínica 1)

Este aspecto merece aprofundamento através de pesquisa específica, mas, de imediato, reitera discussões - já recorrentes no campo da saúde pública - quanto ao grau de resistência dos médicos da 'rede' (atores centrais na política de saúde) em compreender o processo saúde-doença na perspectiva dos determinantes sociais, tal como preconizado no projeto de Reforma Sanitária brasileira.

No entanto, verifica-se que a medida que o setor saúde começou a se apropriar do Programa (consequência do avanço nas gestões federal e municipal e da legislação direcionada ao papel do setor saúde) foi possível alcançar um nível diferenciado de organização interna das unidades que permitiu certa acomodação das demandas acerca do acompanhamento das condicionalidades¹³⁰, provocando gradativa diluição das resistências iniciais.

O processo de aceitação do Programa deve-se também à iniciativa do Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania da Secretaria Municipal de Assistência Social de realizar reuniões informativas sobre o Bolsa Família com os profissionais das escolas (municipais e estaduais), policlínicas, unidades básicas e PMF. Essa estratégia foi central para contornar vários problemas na condução do Programa e mostrar a

¹³⁰ Ainda que não se tenha alcançado índices satisfatórios de cobertura do acompanhamento das condicionalidades.

importância da informação para a adesão dos implementadores locais aos programas sociais. A partir de então abriu-se um campo de diálogo (principalmente com o setor saúde) que foi fortalecido pelo movimento intersetorial mais amplo em curso no município, questão que será analisada adiante.

É importante sinalizar que não se observa hoje indagações com relação à concepção do Programa Bolsa Família, ao contrário, como vimos, há adesão aos seus objetivos e desenho operacional¹³¹. Neste aspecto, vale lembrar que os gestores municipais e estaduais entrevistados chamam atenção para o fato de que o PBF propiciou a implantação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – módulo de gestão adaptado especialmente para o registro do acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família na saúde) que, como se sabe, apresenta trajetória repleta de dificuldade para se efetivar no âmbito do SUS.

Mas, por outro lado, ainda restam questões discordantes que dizem respeito as recorrentes interrogações quanto a potencialidade do Bolsa Família para apontar caminhos concretos de inclusão social. O relato abaixo sintetiza muito bem a inquietação acerca da real possibilidade de articulação entre o programa de transferência de renda e as políticas públicas:

“Desde o início ele foi questionado. Aliás, quando a gente trabalha com profissionais e a gente investe no potencial crítico deles é bom que eles questionem o que vêem. Então, foi muito questionado. “Que Programa é esse? A quem ele serve? Por que nós temos que fazer esse controle? Por que nós temos que fazer esse acompanhamento? A gente já faz isso.” Então, até que a gente pudesse estar refletindo e se apropriando do Programa pro nosso trabalho não foi fácil não. As equipes precisaram compreender qual o significado do Programa e que utilidade ele tinha pro nosso serviço, e a importância e o impacto dele pra essa população. Então assim, hoje, o profissional que tem a família, acabou de cadastrar uma família numa situação muito precária, ele rapidamente vem e fala assim: “Marina¹³² eu tenho uma família pro Bolsa Família.” Então, assim, eu acho que só quando a gente se apropria e vê a utilidade, a importância e vê resultados é que ele começa a dar certo. O Programa hoje dá certo porque ele vem ajudando muito no serviço e trazendo essa população pro serviço, além de uma qualidade um pouco melhor de vida. Porque antes, essa gente não tinha nem o que comer. E aí o que a gente faz? Pelo menos isso está melhor agora. Não está resolvido, mas está melhor. Mas o grande questionamento é esse: vai ficar no Bolsa Família pra sempre? Efetivamente esse valor não muda se não houver uma ação real, essa família não vai sair desse lugar. Ela vai se alimentar, ela vai melhorar um pouco a qualidade de saúde dela e a gente percebe isso. A saúde dela melhora. Mas isso não melhora a condição de moradia, isso não melhora a condição de escolaridade, isso não melhora o emprego, entende. Todas esses outros degraus que ainda não vieram fazem muita falta”. (Profissional PMF 7)

¹³¹ Conforme análise realizada no item anterior deste capítulo.

¹³² Nome fictício.

Quando se perguntou aos profissionais do PMF se houve diferença em relação ao grau de resistência à implantação das condicionalidades do Bolsa Família na saúde, os principais gestores do Programa relataram que inicialmente o Médico de Família e a 'rede convencional' apresentaram igualmente restrições à adesão ao Programa devido aos vários motivos aqui evidenciados. Em resumo, pode-se dizer que as resistências iniciais ao PBF estão em sua grande maioria relacionadas à insegurança dos profissionais devido, principalmente, à insuficiência de informação e o ritmo acelerado de implementação que marcou este momento do Programa, não tendo assim como motivação principal a discordância no que se refere aos objetivos do Programa Bolsa Família.

Na mesma direção, os resultados da pesquisa mostram que outro fator, além dos analisados até então, vem persistindo como motivo de questionamento desde o início da implantação do Programa em Niterói. Trata-se da discordância diante dos resultados da seleção do PBF que, na compreensão dos entrevistados, tem gerado uma espécie de distorção com relação aos objetivos do Programa. Assim, a maioria absoluta dos profissionais, independente do lugar institucional ocupado, acredita que o Bolsa Família apresenta problema de focalização. Este é um dos principais pontos de crítica à implementação do PBF e, portanto, terá um tratamento destacado a seguir.

5.2.2) A crítica persistente à focalização do Programa

Antes de tratar especificamente da focalização do programa, interessa reafirmar que alguns profissionais de saúde ('rede' e PMF) participaram desta fase de implantação do Programa realizando a migração dos beneficiários do ICCN (e em raras situações do Programa Bolsa Alimentação) para o Bolsa Família.

Os entrevistados relatam situações que configuram os principais problemas do processo de cadastramento dos potenciais beneficiários do Bolsa Família no município. Sobre isto, o depoimento abaixo corrobora a avaliação de que, no início da execução do Programa, a Secretaria Municipal de Assistência Social não contava com estrutura adequada para realizar o cadastramento no prazo que o governo federal exigia. Assim, como já explicitado, foi necessário usar estratégias como a contratação de adolescentes do Programa Agente Jovem para realizar o cadastro, o que de fato tende a não se configurar como a melhor alternativa.

“A gente sabe que o cadastramento como ele foi feito, inicialmente, ele deu brecha para muitas fraudes. Porque, tinha que ser feito um grande número de cadastros num curto período de tempo e por isso não houve critério quanto aos entrevistadores, quanto a forma que se ia coletar os dados de endereço. Então, muita gente entrou no Programa sem ter de fato os critérios de inclusão ou com dados errados, principalmente, de endereço”. (Profissional Fundação Municipal de Saúde 2)

Apesar de o setor saúde ter tido certa participação neste momento inicial do cadastramento, os profissionais do PMF apresentam fortes críticas referentes aos resultados da seleção dos beneficiários do Bolsa Família. Os profissionais vinculados à 'rede convencional' também fazem referência a essa questão, porém não com a mesma recorrência e veemência¹³³, o que pode ser creditado ao tipo de vínculo que as equipes do PMF estabelecem com a população adscrita a partir de cada módulo de atendimento do Programa.

O desejo de interferir e poder incluir famílias pobres que são acompanhadas pelo PMF é algo recorrente entre os técnicos deste programa. Identifica-se, então, certa frustração desses profissionais que lidam diretamente com parcela da população mais vulnerável do município e não conseguem exercer nenhum tipo de influência no processo de seleção das famílias para o Bolsa Família. Isto é incompreensível para os técnicos, principalmente quando se considera que o PMF está implantado nas áreas que apresentam os piores indicadores sociais do município. Segundo seus gestores, os módulos do PMF atendem atualmente 70% da população pobre de Niterói. Ou seja, o que está em questão é a desconsideração do 'mapa da exclusão' já utilizado há 15 anos pelo PMF para focalizar as ações de saúde¹³⁴.

“Muitas, muitas, a gente tem essas queixas, muitas. A gente faz o encaminhamento, só que não dá para incluir. Eles estão cadastrados, tem NIS, a gente pesa, a gente mede, a gente informa, são pessoas que são acompanhados pela gente exatamente por serem famílias de risco, ou risco social ou risco até mesmo da saúde, questões patológicas, e não conseguimos colocar ainda nenhuma daquelas que a gente pretende. Não são poucas, em cada unidade a gente tem umas três ou quatro família. Se você fizer, eu estou com nove unidades, se você fizer uma média de três

¹³³ Durante todo o processo de observação (reuniões da coordenação municipal do PBF com os profissionais das escolas, reuniões do comitê intergestor do PBF e na entrevista realizada com representante da educação no Comitê Intergestor) não foi constatada qualquer referência à questão da adequação ou inadequação da focalização do Programa por parte dos profissionais da secretaria municipal de educação. Será então que essa preocupação estaria relacionada a áreas de política social que, por força de seu objeto de intervenção e de seu processo de trabalho, estabelecem maior vínculo com as famílias usuárias dos serviços sociais? Ou seria uma especificidade do caso aqui estudado?

¹³⁴ O município não tem informação que mostre a relação entre as coberturas do PMF e PBF.

peças em nove unidades. É muita gente que precisaria estar e não está. Isso quando eu não tenho esse caso desse rapaz que é do Corpo de Bombeiros e recebe". (Profissional PMF 5)

"Olha, eu não sei como que foi feito essa escolha, essa triagem das famílias, mas eu acho, não sei se eles teriam condições de fazer isso, mas eu vejo muita gente que precisa muito estar no Programa e não está, e algumas pessoas que estão e que não necessitariam estar no Programa". (...) "Eu tenho uma mãe aqui que desce de carro até aqui, e ela é do Programa Bolsa Família". (Profissional Policlínica 5)

A indignação dos profissionais quanto a questão da focalização é grande, sendo recorrente as falas que ressaltam 'sinais exteriores' de má focalização do Programa. Como contraponto, os entrevistados fazem questão de expressar que têm conhecimento e acompanham várias famílias em situação de risco social que não recebem o benefício, restando como alternativa imediata a busca de ajuda emergencial através de cestas básicas e outras formas de intervenção social. Prevalece aqui a visão de que não há transparência e mesmo competência técnica no sistema de focalização em Niterói, além da desconfiança quanto à manipulação clientelista.

Considerando que os módulos do PMF estão distribuídos nas áreas mais vulneráveis do município e que a metodologia de trabalho prevê o cadastramento das famílias (onde está disponível extensa informação sobre as condições de vida da população pobre do município) é forçoso reconhecer que as equipes deste programa teriam condições de indicar famílias para receber o benefício. O reclame dos profissionais do PMF justifica-se em razão de que a inserção no PBF ajudaria no processo de intervenção junto às famílias já acompanhadas pelo Médico de Família. Com efeito, tal perspectiva vem ao encontro de um dos objetivos enunciados do Bolsa Família que é vincular o programa de transferência de renda ao sistema de proteção social existente, ao passo que minimizaria os riscos de desfocalização do Programa¹³⁵.

Quando indagados sobre como procedem diante de situações de famílias beneficiárias que 'aparentam' não estar dentro dos critérios de focalização, os profissionais da saúde afirmam que informam a Secretaria Municipal de Assistência Social, que, por sua vez, abre um processo de 'investigação', mas esta instância sempre sinaliza que quem tem o poder de definir sobre inclusão e exclusão de beneficiário é o governo federal. Com efeito, os depoimentos dos entrevistados são repletos de

¹³⁵ A estratégia do governo federal para manter o PBF focalizado é realizar a cada dois anos o recadastramento das famílias.

questionamentos sobre a falta de autonomia do município (e do próprio setor saúde) frente à centralização do processo decisório do Programa no âmbito do MDS.

Registra-se que entre os profissionais das policlínicas e unidades básicas a insatisfação no que diz respeito à focalização é mais referida ao número reduzido de bolsas e não propriamente a um possível 'erro' de focalização do Programa, tal como enfaticamente expresso pelos profissionais do PMF.

Contudo, na contramão desta visão, um profissional ressaltou a transparência dos critérios de seleção do PBF, destacando este fato como um diferencial com relação aos programas de transferência de renda anteriores e, especialmente, o Cheque-Cidadão criado na gestão estadual de Antony Garotinho e atualmente unificado no Bolsa Família.

Necessário, todavia, lembrar que o estudo de Monnerat & Souza (2008) demonstram que o 'erro' de focalização do PBF em Niterói estaria em torno de 20%, considerando o corte de renda de 120 reais. Cabe também recuperar que, dentre estes 20%, a maior parte tem renda *per capita* de até 175 reais, estando, portanto, dentro da linha de pobreza do Cadastro Único. Entretanto, este é um aspecto do Programa que precisa de análises mais específicas, incluindo aí a necessidade de reflexão acerca dos riscos de, a partir dos critérios de renda *per capita* tão baixo como o do Bolsa Família, proceder a fragmentação da pobreza. Assim, é interessante recuperar a informação de que ao final de 2007 existiam 21.587 famílias (*com renda per capita de até 175 reais*) inscritas no Cadastro Único¹³⁶ e 12.682 beneficiários do PBF para mostrar que ainda há um número significativo de famílias pobres sem acesso ao benefício. Isto justifica a estratégia utilizada por alguns municípios (em geral mobilizados pela sociedade civil) de fazer o cadastramento em massa para reivindicar junto ao MDS a revisão da estimativa de famílias pobres dos municípios.

Cabe frisar a importância da relação entre a questão da focalização e o controle social no âmbito do Programa. A preocupação do governo federal sobre este aspecto evidencia-se na criação, em 2005, de uma rede pública de fiscalização do Programa

¹³⁶ Vale aqui abrir um parêntese para registrar que em entrevista com os profissionais dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), foi observado o incremento do uso de várias estratégias para facilitar a regularização da documentação civil de famílias candidatas ao PBF, já que sem estes documentos não é possível realizar a inscrição no Cadastro Único. Para além disso, a falta de documentação dos usuários dos serviços sociais tem sido um problema frequente para os profissionais quando do processo de intervenção. Nesta direção, a avaliação é de que o Bolsa Família vem contribuindo para minimizar este problema histórico da falta de documentação das famílias pobres.

Bolsa Família, envolvendo Ministérios Públicos, Corregedoria Geral da União (CGU) e Tribunal de Contas (TCU). Do ponto de vista da legislação do Bolsa Família, o controle social deve se concretizar nos municípios através de conselhos que contemplem, sobretudo, a participação de beneficiários. Entretanto, parece que esta é uma faceta do Programa que apresenta maiores problemas de implementação, e Niterói não foge à regra. O município optou por delegar as funções de fiscalização e controle social do Bolsa Família ao Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) que, de fato, não conseguiu empreender ações nesta direção. Este cenário se reflete nas entrevistas com os profissionais, já que todos, sem exceção, afirmaram não saber se o município desenvolve ações de controle social sobre o funcionamento do Bolsa Família, bem como mostraram desconhecimento no que diz respeito à normalização deste aspecto do Programa.

5.2.3) Organização dos serviços para acompanhamento das condicionalidades e a dificuldade de captação das famílias beneficiadas

Atualmente o setor saúde em Niterói encontra-se relativamente organizado para realizar o acompanhamento das condicionalidades do PBF. Entretanto, foi somente no segundo semestre de 2006 que teve início o treinamento dos profissionais, o qual foi intensificado em 2007 devido a maior participação das três áreas de política envolvidas no Programa¹³⁷. Neste mesmo período, a coordenação do Programa na saúde realizou várias reuniões com as unidades de saúde da 'rede' cujo objetivo era trocar experiência sobre a organização do fluxo de atendimento e estratégias utilizadas para captar as famílias beneficiadas. A capacitação do PMF foi feita em encontros específicos, separados das policlínicas e unidades básicas.

A observação de campo não deixa dúvida quanto ao enorme esforço realizado pelas policlínicas e unidades básicas para adequar as demandas do PBF ao processo de trabalho destes estabelecimentos de saúde. Diferentemente destas unidades, o PMF não demonstrou tanta dificuldade para incluir as famílias do Bolsa Família em sua rotina de atendimento visto que, em geral, se tratam de famílias já cadastradas e acompanhadas por este Programa. Entretanto, a **captação das famílias beneficiadas** se apresenta como uma grande dificuldade comum a ambas modalidades de atenção. Para os entrevistados esta não é uma tarefa fácil e tampouco funciona como os implementadores gostariam.

¹³⁷ A discussão sobre a dinâmica intersetorial do Programa encontra-se em parte posterior deste trabalho.

Sobre este processo, salienta-se que a cada semestre todas as unidades ('rede' e PMF) recebem a listagem das famílias 'Perfil Saúde' que devem ser localizadas e acompanhadas. Em geral, chega às unidades uma listagem com o nome de titulares do PBF e seus dependentes com 'Perfil Saúde'¹³⁸ que residem em um determinado bairro no qual, obviamente, existem várias unidades de saúde, exigindo, assim, que cada uma **reconheça e selecione seus usuários a partir dos endereços das famílias beneficiárias**. Os profissionais da 'rede' enfatizam que o trabalho é oneroso, pois a cada lista recebida é necessário conferir se os endereços realmente pertencem à área adscrita das unidades, identificando-se sempre famílias com endereço de área de abrangência de estabelecimentos de saúde de bairros limítrofes e até mesmo famílias com endereço de determinado município vizinho.

Além desse trabalho inicial de identificação das famílias de cada unidade de saúde, outro obstáculo se interpõe à captação dos beneficiados: os registros dos endereços cuja fonte é o Cadastro Único geralmente estão incompletos, sendo comum também a existência de endereços desconhecidos. Diante disso, os profissionais apontam que uma das razões para os baixos índices de cobertura das condicionalidades está na dificuldade de encontrar as famílias, pois há problema com a qualidade do preenchimento dos endereços no Cadastro Único. Observe-se o trecho seguinte:

“No primeiro ano teve muito problema de endereço. Foi um caos porque a gente ia para os endereços que a Secretaria de Assistência Social tinha dado, e eu fui na rua ali no Bairro de Santa Rita¹³⁹, uma rua inteira era tudo terreno baldio, ninguém morava lá. E aí eu falei com ela (se refere a um profissional da assistência social) que era um absurdo os endereços estarem todos furados. E ela falou que como foram os primeiros cadastramentos, os primeiros cadastramentos foram feitos por profissionais, assim... contratados rapidamente, aquela loucura”. (Profissional Policlínica 2)

O entendimento que subjaz aqui é de que é dever da SMAS manter o cadastro atualizado¹⁴⁰ para que se possa, em casos como o mencionado, proceder à busca ativa das famílias em outro endereço. Entre os profissionais é recorrente a constatação de que as famílias pobres mudam de endereço com muita frequência, situação que também interfere na captação dos beneficiários 'Perfil Saúde'. Nesta direção, os entrevistados (notadamente os do PMF) avaliam que parte da responsabilidade pelo baixo índice de cobertura das condicionalidades da saúde está relacionada à incapacidade da assistência

¹³⁸ Crianças até 7 anos, gestantes, nutrízes e mulheres em idade fértil.

¹³⁹ Nome fictício.

¹⁴⁰ A legislação, como vimos, define que a cada dois anos é preciso atualizar o Cadastro Único.

social em gerir o processo de cadastramento das famílias com a competência e qualidade esperadas, além de não conseguir efetivamente realizar o acompanhamento das famílias tal como previsto nas normas do SUAS¹⁴¹. Com efeito, a ausência de vínculo entre a assistência social e as famílias do Bolsa Família¹⁴² é vista como responsável pelas enormes barreiras à captação dos beneficiários e pelo aumento da chance de o Programa não impactar (como previsto em seus objetivos) os aspectos mais estruturais da pobreza. Assim, a questão da incipiente institucionalização do SUAS em Niterói é compreendida como elemento limitador do processo de implementação das condicionalidades da saúde.

Resultados da pesquisa realizada por Monnerat e Souza (1998) adensam a análise deste ponto, demonstrando que 48,04% dos titulares do PBF entrevistados (residentes na região norte de Niterói) não conhecem os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), unidade considerada a porta de entrada da assistência social. Entre os 51,68% que conhecem este equipamento, apenas 29,05% utilizam algum tipo de serviço aí ofertado. O restante, isto é, 22,63% não o fazem. Assim, se for somado o quantitativo dos que não conhecem os CRAS com os que conhecem e não utilizam seus serviços observa-se um total de 69,83% da amostra pesquisada que não acessam e não recebem, assim, acompanhamento social. Esse dado revela que apenas cerca de 30% dos titulares do benefício têm acesso aos CRAS, permanecendo sem vínculo com o serviço de proteção básica da assistência social quantitativo expressivo dos beneficiários entrevistados. Vale lembrar que na Região Norte – local onde foi realizada a pesquisa em referência - estão localizados cinco CRAS dos oito existentes no município, em 2007 e 2008. Mas apesar disto, conforme mostra a pesquisa, o principal motivo para o desconhecimento dos CRAS é a dificuldade de acesso provocada pela distância geográfica ou mesmo a inexistência do equipamento em determinados bairros da região norte. Desse modo, quanto mais próximo o beneficiário está do CRAS, maior é a facilidade de acesso e utilização dos serviços ofertados. Não resta dúvida de que a carência deste tipo de equipamento cria limitações ao desenvolvimento do Programa, prejudicando, dentre outras questões, a

¹⁴¹ A Secretaria de Assistência Social deve acompanhar as famílias do PBF e desenvolver ações complementares voltadas para a inclusão social.

¹⁴² Como se verá em outro item deste capítulo, outra crítica dirigida à SMAS refere-se ao fato das famílias beneficiadas cobrarem dos profissionais do Médico de Família respostas quanto a situação de bloqueio de benefício e outras questões relativas às atribuições da coordenação municipal do Bolsa Família.

operacionalização de uma dinâmica intersetorial mais cooperativa.

Os profissionais do Programa Médico de Família fazem questão de esclarecer que eles têm informação sobre todas as famílias beneficiadas porque estão dentro da comunidade e fazem visita domiciliar com frequência. Apesar de o PMF ter condição de informar, por exemplo, que uma dada família não reside mais no endereço que consta do Cadastro Único (em geral informam até para onde a família se mudou), isso não se traduz na retirada imediata desta família da listagem de beneficiários 'Perfil Saúde' de determinado módulo do PMF. Assim, esta família continua sendo computada como 'não encontrada' (e portanto, não acompanhada), já que não acessou uma unidade de saúde (independente de qual seja) e não teve registrado os dados de saúde solicitados na planilha do SISVAN¹⁴³. Esta dificuldade de vincular corretamente o endereço residencial das famílias 'Perfil Saúde' às unidades de saúde constitui uma falha operacional que mostra as debilidades não só do município, mas também do MDS que não consegue ter agilidade para acatar (algumas) mudanças cadastrais informadas pelo nível local¹⁴⁴. Este é um dos fatores responsáveis pelo rebaixamento do índice de cobertura das condicionalidades da saúde.

“A gente tem um facilitador muito grande que é o fato da gente estar dentro da comunidade, então buscar essas famílias não é muito difícil”. (...) “O que hoje em dia gera uma parcela de complicador dessa história é que essas listagens muitas vezes elas vêm com repetição de usuários que a gente já pediu que fossem excluídos e não são, continuam sendo vinculados a nossa área, e eu em outros relatórios já apontei, não é morador daqui, não reside no endereço”. (Profissional PMF 3)

“O meu grupo na vigência passada vamos dizer que ele correspondeu a 80% das condicionalidades. Aí eu falei, mas como? Se eu monitorei de perto e a gente respondeu a todas as famílias, todos os itens foram respondidos inclusive 'mudou-se'. Só que 'mudou-se' não foi considerado como resposta. Foi considerado como ausência. Então, na verdade, eu respondi 100%, mas no todo respondi a 80% que teve acompanhamento direto”. (Profissional PMF 4)

É forçoso reconhecer que a existência de fortes pressões sobre o setor saúde para alcançar maior cobertura do acompanhamento das condicionalidades aliada a incapacidade da Secretaria de Assistência Social em responder adequadamente ao problema operacional acima mencionado tem contribuído para aprofundar o nível de

¹⁴³ Esta situação contribui para a queda do índice de cobertura do setor saúde.

¹⁴⁴ Durante a pesquisa observou-se grande desinformação sobre este ponto da sistemática de operacionalização do PBF. Os gestores locais afirmavam que na medida do possível faziam as alterações cadastrais, mas não conseguiam entender por que o MDS não respondia adequadamente a esta solicitação.

conflito entre estas duas arenas setoriais envolvidas na implementação do PBF.

Não obstante as questões apontadas e o aumento do trabalho relativo ao preenchimento de dados em formulário próprio do Bolsa Família¹⁴⁵, os profissionais do PMF não identificam alterações substanciais em termos da organização de seu processo de trabalho e da rotina de atendimento. Ao contrário, há reconhecimento unânime de que a lógica assistencial e a metodologia do Médico de Família são totalmente favoráveis ao cumprimento das exigências do PBF. O relato transcrito abaixo enfatiza a adequação da perspectiva educativa do PMF às requisições do Bolsa Família:

“Outra questão é o fato da gente investir muito em ações educativas. Permanentemente a gente tem um trabalho com a população de refletir o que é saúde, o que é doença, o que determina a saúde e a doença, o que é o Bolsa Família. Então é uma população que é trabalhada nessa reflexão mais ampliada e isso faz com que ela reconheça melhor a importância de está se tratando. E ela já vinha se tratando antes. Então, a gente tem duas formas de desenvolver esse trabalho. Os grupos tradicionais, vamos chamar assim, da saúde, grupo de mulher, saúde da criança, planejamento familiar que cada dupla é responsável. Saúde do idoso... São grupos que acontecem permanentemente. Nós temos um instrumento que são as reuniões com a comunidade que, a gente chama de reunião de setor. De três em três meses cada dupla convida o seu usuário a fazer uma reunião que não é pra falar de hipertensão diabete nada disso. Ele vai falar sobre as questões determinantes da saúde. Como está essa comunidade? O que falta aqui pra melhorar a saúde? Como está o saneamento? Como está o número de creches? Como está a violência? Como está a coleta de lixo? Isso vai fazendo com que a população comece a perceber seu entorno de uma outra maneira. Então, eu acho que a conjugação dessas duas coisas facilita a gente chegar nesse percentual e espero que a gente chegue perto dos 100% nesse semestre”. (Profissional PMF 7)

Os profissionais do PMF são também taxativos ao afirmar que o Bolsa Família não impactou a demanda deste Programa porque trabalham com a lógica de programação de atendimento de uma população adscrita, já cadastrada e acompanhada.

Em meio ao reconhecimento de que o acompanhamento das condicionalidades é perfeitamente incorporado à rotina de atendimento do Programa Médico de Família, vale reafirmar que a grande dificuldade é, como vimos, a captação de algumas famílias devido ao problema referente ao registro dos endereços.

Interessante notar que, se por um lado, os profissionais do PMF sinalizam que o fato de não se atingir 100% de cobertura das condicionalidades deve-se fundamentalmente a problemas externos a este programa, por outro, os entrevistados vinculados às policlínicas e unidades básicas reconhecem que existem debilidades

¹⁴⁵

internas ao setor saúde que impactam negativamente a dinâmica de acompanhamento das condicionalidades. Destaca-se aqui a lógica do modelo de assistência pautada na demanda espontânea, além da falta de estrutura no que diz respeito aos recursos humanos e viatura para realizar busca ativa.

“Você tem que compreender que o usuário é aquele indivíduo que está no seu território. Enquanto você não tiver o mapeamento do seu território, você não vai conseguir nunca vincular todas as pessoas ao Bolsa Família, nunca. Por exemplo, em um lugar que tem médico de família, eles tem toda população cadastrada e vão saber exatamente quem tem Bolsa Família ou não. É mais simples. Agora, na minha unidade, como eu vou saber nesse mundo todo que você viu lá no posto”. (...) A estratégia, legal o que a gente fez, reunião (descentralizada com as famílias), mas essa estratégia nunca vai trazer todo mundo pra cá. Porque eu preciso saber quem é que está na minha área, ter acesso a esse território também, eu estar fazendo uma interlocução no território, porque senão eu nunca vou buscar, nunca vou captar. Então, explicar o que é Bolsa Família demanda tempo, demanda relação com as pessoas. Você pode ter esse apelo primeiro da procura deles por uma renda, isso é um gancho, é uma forma de você captar isso. Mas, tem que ter um trabalho que você leve isso em um segundo nível de relação, com a unidade, com a escola”. (Profissional Policlínica 6)

Em decorrência das especificidades do modelo assistencial das unidades da 'rede convencional', estes estabelecimentos utilizam como estratégia para captação das famílias o envio de aerograma que, segundo os entrevistados, não tem funcionado a contento porque a maior parte dos endereços está incompleta. Diante deste quadro, algumas unidades adotam o mecanismo de solicitar a contribuição das associações de moradores para a localização das famílias, o que tem se constituído em estratégia relativamente mais bem sucedida. Estas unidades também fazem a divulgação da necessidade de cumprimento das condicionalidades em cartazes espalhados pelas escolas e em outras instituições governamentais e não governamentais que atuam nos diferentes bairros do município. Com o mesmo objetivo, a partir do segundo semestre de 2007, deu-se início a realização de reuniões descentralizadas¹⁴⁶ com as famílias beneficiárias. Ressalta-se, entretanto, que este conjunto de medidas não tem sido suficiente para aumentar, como se espera, o percentual de cobertura das condicionalidades do PBF no setor saúde em Niterói.

Com relação às condições das unidades da 'rede' para realizar acompanhamento das condicionalidades, chama atenção à forma como uma determinada unidade básica vem conseguindo atingir, segundo depoimento do profissional responsável, quase 90%

¹⁴⁶

Este tema será tratado em parte posterior deste trabalho.

de cobertura das famílias 'Perfil Saúde' de sua área de abrangência. Assim, à semelhança das estratégias usadas pelo PMF esta unidade também realiza busca ativa das famílias. Neste caso específico, o profissional que implementa o Programa trabalha há quase 30 anos na unidade e também é morador antigo do bairro, tendo sido presidente da associação de moradores local. Importante atentar para o fato de que, apesar de se tratar de uma unidade que não trabalha com demanda programada, o diferencial em termos da possibilidade de captação e cobertura das condicionalidades está inscrito na capacidade de estabelecer vínculos com a população adscrita à unidade de saúde. Destaca-se que se trata de um profissional de nível médio com formação em saúde pública que está exercendo esta função em razão de adocimento do profissional responsável pelo Bolsa Família na unidade. O trecho seguinte ilustra a especificidade desta experiência:

“Eu vou na casa ou então encontro no ônibus, ou no comércio, na padaria, no açougue e aí aviso: olha, Bolsa Família. Ou então, aqui mesmo no posto. Aí a primeira coisa que eu faço é avisar, se encontrando na rua; segunda, eu todo dia de manhã quando eu chego aqui, eu olho as agendas dos médicos, quem vai ser consultado e com quem, pego ficha por ficha e confiro aqui na minha lista (do PBF) e prego esse aviso (solicitando que o beneficiário procure o profissional responsável pelo Programa) no prontuário”. (...) “Nas férias eu até fiquei com vergonha, a própria chefe estava dentro do carro fazendo visita domiciliar na rua e eu de férias. E me encontraram na casa de paciente, batendo na porta, cobrando o Bolsa Família porque ele estava em atraso, estava realmente em atraso. Mas, com essa coisa, na época consegui pegar cento e vinte e duas pessoas, fazendo visita”. (Profissional Unidade Básica 2)

De fato, o exemplo desta unidade básica foge à regra geral por apresentar indicadores de cobertura semelhantes ao do PMF. Vale abrir um parêntese para assinalar que embora não se tenha conseguido acesso aos dados de cobertura das condicionalidades de forma desagregada¹⁴⁷, os atores entrevistados informam (sem condições em sua maioria de precisar quantitativo) que depois do PMF as unidades básicas são as que conseguem acompanhar um número maior de famílias e, em último lugar, ficam as policlínicas que teriam maior dificuldade em razão da área de abrangência ser maior do que a das unidades básicas.

Não obstante a predominância de análises que explicam a baixa cobertura das condicionalidades a partir da lógica do modelo assistencial hegemônico nas unidades da 'rede', cabe sublinhar que a pesquisa possibilitou identificar (entre os profissionais da

¹⁴⁷ Não foi possível ter acesso aos dados relativos ao percentual de cobertura de cada unidade de saúde da 'rede', o que seria interessante para correlacionar o tipo de unidade (unidade básica e policlínica) com a cobertura alcançada. Porém sabe-se que a maior clivagem se dá entre PMF e 'rede'.

‘rede’) um outro tipo de discurso mais pragmático, embora minoritário, que buscava justificar o problema baseado na falta de compromisso das famílias com relação às contrapartidas do Programa.

A partir deste entendimento, a principal estratégia seria a divulgação da agenda de compromisso das famílias para que estas se informem sobre as regras do Programa¹⁴⁸. Nesta linha de raciocínio, subjaz a idéia de que os beneficiários não estão suficientemente informados e que aumentar o grau de conhecimento acerca das contrapartidas seria a saída para ampliar a cobertura da saúde. Não se considera, portanto, outras dificuldades que estas famílias pobres teriam para chegar às unidades de saúde. Surgem, então, questionamentos ao fato de o governo federal não promover campanhas publicitárias em cadeia nacional de televisão e rádio, estratégia que, segundo esta visão, poderia ser altamente bem sucedida. Assim, ainda que em menor número, reconhece-se que existem atores (principalmente os vinculados às unidades da ‘rede’) que entendem que são os próprios beneficiários os responsáveis pelas dificuldades e desafios impostos pelo PBF ao setor, minimizando assim os problemas e debilidades da organização dos serviços de saúde e da assistência social.

Esta perspectiva mostra que a idéia de co-responsabilidade das famílias presente na própria concepção do PBF e especialmente traduzida na legislação que normaliza as condicionalidades (mormente no que se refere ao fato de que as punições decorrentes do não cumprimento da agenda de compromissos recaem sobre as famílias e não sobre os municípios) pode estar contribuindo para um tipo de inversão no entendimento corrente da política social como direito social e da pobreza como questão social.

Embora a perspectiva acima evidenciada não seja a prevalecente entre os profissionais de saúde entrevistados, o destaque conferido à questão justifica-se em razão da necessidade de chamar atenção para uma dada possibilidade (inesperda?) de interpretar as condicionalidades do Programa que pode ser nefasta ao processo de

¹⁴⁸ Segundo Monnerat e Souza o conhecimento dos beneficiários do PBF em Niterói acerca das condicionalidades pode ser resumido da seguinte forma: “A análise das respostas a esta questão demonstrou que dos 358 entrevistados, 181 (50,5%) referiram a necessidade de ‘frequentar a escola’ e ‘ir ao médico’ ou ‘ir ao posto de saúde’. Este grupo mostra um conhecimento razoável das condicionalidades exigidas (da educação e da saúde), ainda que haja, neste conjunto, variações sobre o entendimento de qual a frequência ao serviço de saúde é necessário cumprir. Vale registrar que muitos entrevistados fizeram referência a necessidade de ‘ir ao posto de saúde’ para vacinação das crianças, procedimento valorizado pelo PBF”. (Relatório de pesquisa ‘Programa Bolsa Família: Percepções e Trajetórias de inserção das famílias beneficiárias’. Secretaria Municipal de Assistência Social de Niterói/Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania – UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2008:80, 81)

implementação local, e contrária mesmo aos objetivos tão propalados de inclusão social.

Entretanto, é preciso dizer que predomina um tipo de sensibilidade que reconhece que muitas famílias não têm condições de cumprir a agenda de compromissos devido à complexidade da situação de pobreza a que estão submetidas, além da dificuldade de acesso aos serviços. Observe:

“Existem essas pessoas que não vêm realmente porque não podem vir na unidade, porque tem dificuldade de acesso, por falta de condições de passagem, alguma coisa financeira, às vezes até de estrutura, trabalha, às vezes é empregada em casa de família não pode vir à unidade, que dirá trazer o filho, como que vai trazer o filho pra vacinar? E cadê a equipe que pode ir lá pra fazer esse trabalho pra ela não perder o benefício do Bolsa Família? “ (...) “Aí vai cortar o benefício da pessoa neste contexto? É desumano”. (Profissional Unidade Básica 1)

Ao analisar o relatório da coordenação municipal do PBF na saúde (primeira vigência de 2007) é possível verificar que esta instância de gestão avalia que as principais dificuldades para o acompanhamento das condicionalidades estão, em sua maioria, relacionadas a fatores externos aos serviços de saúde e, portanto, não dizem respeito diretamente ao modo de organização do setor, tais como: desinformação das famílias sobre a agenda de compromisso; incorreção de endereços que vem na lista 'Perfil Saúde' cuja origem é o Cadastro Único, o que eleva o quantitativo de famílias 'não localizadas'; presença de famílias moradoras de São Gonçalo na lista 'Perfil Saúde' de Niterói¹⁴⁹; falta de advertência (através de carta) por parte do MDS das famílias 'não localizadas', a exemplo do que é feito com aquelas localizadas que não cumpriram as condicionalidades. Quanto a este último ponto, acredita-se que este comportamento pode gerar descrença em um possível bloqueio por não comparecimento à unidade de saúde.

Diante deste entendimento – que mostra o quanto o processo em análise é conflituoso - e da persistência de dificuldades em localizar algumas famílias beneficiárias, o Comitê Intergestor do PBF cogitou, em um dado momento, utilizar a estratégia do bloqueio do benefício para forçar o titular do Programa a procurar a coordenação municipal do Bolsa Família. Imprescindível esclarecer que este debate era cercado de cuidados e sempre sinalizado que tal recurso somente deveria ser utilizado em casos de exceção. E, de fato este expediente nunca foi usado no período desta

¹⁴⁹ Município que faz fronteira com Niterói e que apresenta histórico de utilização dos serviços sociais dessa localidade.

pesquisa.

Com relação aos aspectos internos ao setor, o relatório da coordenação do PBF na saúde assinala a falta de estrutura existente nas policlínicas e unidades básicas (diferentemente do que ocorre no PMF) para a realização de visitas domiciliares às famílias. Nota-se também dificuldades adicionais no que se refere ao sistema de informação (centralizado no governo federal) que não disponibiliza alguns dados desagregados para os municípios.

Retomando a discussão acerca das estratégias utilizadas pelas unidades da 'rede' para captação das famílias beneficiadas, acrescenta-se que toda a ação do Comitê Intergestor do Bolsa Família¹⁵⁰ foi direcionada no sentido de formular estratégias para aumentar o percentual de cobertura das condicionalidades da saúde. Assim, diante das debilidades estruturais da Secretaria Municipal de Assistência Social e dos obstáculos encontrados pela saúde para captar os beneficiados, a opção escolhida se deu na mesma direção apontada acima, ou seja, de divulgar a agenda de compromissos das famílias, já que a vinculação das unidades de saúde ao território no qual as famílias estão inseridas é algo que foge à lógica de intervenção da atenção à saúde nas policlínicas e unidades básicas. Sublinha-se que esta escolha também está pautada na consciência de que a mudança do modelo assistencial prevalecente não depende somente dos profissionais implementadores, mas, sobretudo, de transformações de grande envergadura, colocadas na agenda do SUS desde 20 anos atrás.

Com efeito, são notórias as barreiras postas à realização de visita domiciliar tanto no caso da saúde como da assistência social, em razão da falta de viatura disponível para este tipo de intervenção em ambas as áreas de política. Além disso, vários outros fatores comprometem a implementação local das condicionalidades da saúde: os CRAS até então implantados não cobrem as necessidades do município e inexistem na SMAS profissionais em quantidade suficiente e com contratos de trabalho adequados¹⁵¹ que possibilitem certa continuidade no processo de atenção às famílias do Programa.

¹⁵⁰ Este ponto será tratado de modo mais aprofundado em parte posterior deste trabalho.

¹⁵¹ Como vimos, até janeiro de 2008 a Secretaria Municipal de Assistência Social funcionou somente com recursos humanos contratados através de instituições do terceiro setor. Assim, a precarização dos serviços prestados pela política de assistência social se revela não só na ausência de concurso público para a área, mas também na modalidade de relacionamento entre o setores públicos e privado. Vale destacar que em inúmeras reuniões observadas no trabalho de campo os profissionais da SMAS salientavam a falta de prioridade dessa política no âmbito do executivo local, o que se traduzia no orçamento do município.

Sabe-se que o PBF prevê que os beneficiários sejam acompanhados pelos CRAS (desenvolvendo as chamadas ações complementares), os quais tiveram implantação concomitante ao Programa. Assim, a justaposição da implantação do SUAS ao PBF traz uma série de conseqüências. Ao considerar o caso de Niterói, identifica-se, a partir das entrevistas realizadas com todos os coordenadores dos CRAS existentes no município no período da pesquisa, que tem havido uma priorização da implementação do PBF comparativamente ao SUAS. Estes atores afirmaram recorrentemente que o trabalho dos CRAS tem, com freqüência, se resumido ao cadastramento para o PBF. A centralidade do PBF se origina na agenda do próprio governo federal que tem o Bolsa Família como o grande programa social da era Lula. Na seqüência, o MDS vem investindo fortemente na estruturação do Programa através de estudos de avaliação e monitoramento, aperfeiçoamento da gestão do cadastro e com incentivos financeiros para aumentar a cobertura das condicionalidades. Vale notar que o PBF está vinculado a uma secretaria específica (SENARC)¹⁵² dentro do MDS. Esta priorização política se reflete no município que se vê impelido a atender as exigências de implantação do PBF em ritmo acelerado. É forçoso indagar se a priorização da implementação do PBF não estaria ofuscando o debate sobre o SUAS e secundarizando a implementação da Política Nacional de Assistência Social que já teve regulamentação tardia entre nós. Paradoxalmente, esta opção política vem prejudicando a própria implementação do Bolsa Família que vê a concretização de seus objetivos mais estruturais limitados pela incompletude da institucionalização do SUAS. É o que demonstra cabalmente o caso de Niterói. Interessa ainda sublinhar que o desenho intersetorial do Programa (e a exigência de condicionalidades) vem ajudando a evidenciar (a partir de atores da área de saúde, por exemplo) a fragilidade da assistência social que deveria cumprir papel mais efetivo, notadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de ações complementares. Talvez este seja um dos pontos positivos das condicionalidades (e de seu arranjo intersetorial) que acaba gerando cobranças próprias da lógica de parceria que oscila de modo contraditório entre a cooperação e a competitividade.

Como mencionado, outro elemento que se mostra como limitador da implementação das condicionalidades em Niterói é o fato de o cargo de coordenação do PBF na saúde ser ocupado por um profissional não concursado, o que tem provocado certa rotatividade. Sobre isto, ressalta-se que, diferentemente da assistência social, a

¹⁵²

Secretaria Nacional de Renda de Cidadania.

saúde em Niterói é uma política bastante regulamentada que funciona predominantemente com quadro de profissionais permanente e, portanto, sem histórico de utilização, de modo extensivo, de contratos precarizados. Talvez valha questionar se isto é um indicativo do lugar que o PBF (programa intersetorial coordenado pela SMAS) vem ocupando no setor saúde e se, de igual modo, revela o grau de importância que a gestão local do SUS vem conferindo à intersectorialidade.

5.2.4) O acompanhamento das famílias nas unidades básicas e policlínicas: entre a burocratização e o incremento do poder dos usuários para utilizar os serviços de saúde

Se no âmbito do PMF não houve necessidade de alterar a forma de organização da atenção prestada, o mesmo não aconteceu com as unidades básicas de saúde e policlínicas. No PMF o acompanhamento das condicionalidades é realizado pelos médicos e técnicos de enfermagem que são os profissionais que lidam cotidianamente com a população adscrita. Como mencionado, os supervisores de Serviço Social coordenam este trabalho e atuam realizando reuniões de grupo com as famílias beneficiadas.

Cada policlínica e unidade básica definiu os profissionais responsáveis pelo programa, porém todos os técnicos foram sensibilizados para se envolverem, em alguma medida, no processo de atenção às famílias. Assim, o Programa vem sendo implementado por vários técnicos desde os auxiliares de enfermagem (que vacinam e coletam os dados de peso e altura dos beneficiários) até os chefes de vigilância em saúde e coordenadores de equipe multiprofissional que, em geral, sistematizam a planilha do SISVAN- módulo de gestão. Todas as unidades, inclusive o PMF, utilizam o recurso de marcar os prontuários com as iniciais 'BF' (Bolsa Família) para facilitar a identificação dos beneficiários. Acrescenta-se que nas policlínicas que tem implantado o sistema de informação denominado Gerenciador de Informação Local (GIL) o acompanhamento das condicionalidades é mais fácil do que naquelas que ainda não contam com este aplicativo, devido a maior rapidez com que se pode localizar os prontuários dos usuários.

Vale ressaltar, entretanto, que em quase todas as unidades o fluxo de atenção prevê que os beneficiários sejam atendidos pelo Serviço Social. Geralmente, esta categoria profissional é ainda responsável pela realização de visitas domiciliares. Sobre

tais visitas, os profissionais assinalam que, além de ser uma estratégia de difícil utilização na 'rede' por conta da falta de viatura, a existência de endereços incompletos é outro obstáculo a sua realização.

Apesar da constatação de que há severos riscos de que o acompanhamento das condicionalidades nas policlínicas e unidades básicas se desenvolva de modo burocratizado¹⁵³, isto é, através de um tipo de ação profissional que se resume na mera coleta de dados e preenchimento do formulário do SISVAN, parte considerável dos entrevistados faz críticas ao modo como vem sendo operacionalizado o Programa e revela a intenção de empreender esforços na direção de qualificar a intervenção junto às famílias do PBF¹⁵⁴. Existe, assim, um discurso de que é preciso caminhar na direção das ações intersetoriais e de educação e saúde, evidenciando-se, então, a compreensão de que a intervenção social junto às famílias deve ir além do cumprimento das condicionalidades.

Neste aspecto, há algumas unidades da 'rede' que vêm investindo, com muitas dificuldades, na definição de rotinas de atenção específicas para os beneficiários de modo a favorecer o acesso e aumentar o poder de utilização dos serviços ofertados. Destacam-se como iniciativas principais o agendamento facilitado, encaminhamentos para os diversos programas desenvolvidos nas unidades de saúde e também a realização de grupos educativos com as famílias do Programa. Em verdade, esta última iniciativa vem ocorrendo em poucos estabelecimentos de saúde e de forma tímida e inconstante. Contudo, tem aberto um campo de discussão sobre as possibilidades de intervenção e representado um exemplo prático para o conjunto das unidades de saúde e policlínicas.

Segundo relato dos profissionais, a experiência de implementação do Bolsa Família nas unidades da 'rede' vem favorecendo a identificação de indivíduos com problemas de saúde que, de outra forma, não teria sido possível. Trata-se, em realidade, de pessoas que já tinham prontuário na unidade, mas que, por motivos diversos, não faziam acompanhamento de saúde de forma rotineira. É o caso, por exemplo, de crianças obesas, mulheres sem preventivo, hipertensos e usuários com problemas odontológicos que, a partir de um acolhimento institucional diferenciado, passaram a

¹⁵³ Note-se que esta preocupação não se aplica aos profissionais do PMF.

¹⁵⁴ A preocupação com o atendimento diferenciado às famílias do PBF (porta de entrada específica, facilidade de agendamento, identificação dos prontuários, etc) provocou, em determinada reunião dos profissionais de saúde, o questionamento se este tipo de conduta não poderia levar a uma certa estigmatização dessas famílias. Este questionamento tem correspondência em análises críticas sobre os programas sociais focalizados.

aderir às ações de saúde pública ofertadas, aumentando assim o poder de utilização dos serviços.

Em uma das unidades de saúde da 'rede' observou-se que os profissionais buscavam aproveitar a oportunidade para sensibilizar outros membros da família que não somente aqueles definidos como 'Perfil Saúde' (crianças de 0 a 7 anos, gestantes, nutrízes e mulheres em idade fértil), haja vista o entendimento de que estes grupos populacionais já são tradicionalmente priorizados nos programas de saúde. Esta unidade reconhece a necessidade de trazer os homens adultos para o serviço em razão da histórica dificuldade de acesso e o aumento da prevalência de doenças cônico-degenerativas verificada hoje nesta camada da população. Com efeito, esta perspectiva de intervenção extrapola as normas oficiais de acompanhamento das condicionalidades e sugere a necessidade de refletir sobre o fato de o Bolsa Família focar o incremento do acesso em grupos que já estão, em sua maioria, incluídos nos serviços de atenção básica. Sobre este ponto, vale retomar a análise de Draibe (1998) sobre as primeiras iniciativas de execução de programas de transferência condicionada de renda na qual a autora evidencia que apesar de se pretender focar a intervenção social sobre as famílias, as exigências de contrapartidas rebatem recorrentemente sobre crianças, gestantes e nutrízes.

5.2.5) O PBF e o acesso aos serviços de saúde: afinal, que tipo de repercussão se pode esperar?

No que tange a questão do acesso ao sistema de saúde, parte significativa dos profissionais das policlínicas e unidades básicas afirma que dentre as famílias do Bolsa Família atendidas não foi identificada nenhuma que estivesse totalmente excluída do acesso ao sistema de saúde. Somente uma unidade reconheceu que captou famílias beneficiadas sem trajetória de vinculação à unidade de saúde. É o caso de um estabelecimento recentemente inaugurado em um bairro da região norte da cidade no qual existe uma área em que está comprovada a necessidade de implantação de um módulo do PMF. Esta unidade investiu em um tipo de atendimento diferenciado na medida em que criou estratégias alternativas de acolhimento e recepção das famílias do Programa¹⁵⁵.

¹⁵⁵ No entanto, no momento da pesquisa verificou-se que a unidade buscava outras formas de organização em função do diagnóstico de que se havia conseguido alcançar adequada qualidade em termos do acompanhamento das famílias sem, contudo, atingir, em termos quantitativos, a cobertura

A maioria absoluta dos profissionais da 'rede' ressalta que não foram encontrados casos graves de crianças com situação de vacina atrasada, exceto no que se refere à vacina contra hepatite que passou recentemente a compor o calendário oficial e algumas outras que exigem dose de reforço que são indicadas para crianças maiores como, por exemplo, a antitetânica. Nesta perspectiva, o Bolsa Família tem representado uma janela de oportunidade para ampliar a cobertura de vacinação, sobretudo, no caso da hepatite.

Quanto ao debate acerca do potencial do Bolsa Família incrementar o acesso aos serviços de saúde, um aspecto que merece destaque é o fato de que dificuldades de gestão do Cadastro Único no município vem interferindo, sobremaneira, na capacidade do setor acompanhar as famílias beneficiárias. Sobre isto, o relatório da coordenação municipal do PBF na saúde de 2008 ressalta que o percentual de acompanhamento de crianças menores de 1 ano é muito pequeno porque efetivamente este grupo etário não é incluído no Cadastro Único em tempo hábil. Os dados deste relatório revelam que em 2006 foram acompanhadas apenas 7 crianças menores de 1 ano; em 2007 também 7 e, em 2008 somente 2. Sabe-se que esta inclusão depende de processos de atualização cadastral que, em geral, não são realizados com a frequência necessária visto a fragilidade dos CRAS¹⁵⁶. Neste caso, em decorrência de dificuldades operacionais da SMAS, a implementação das condicionalidades da saúde pode ser constringida a ponto de não atender aos objetivos do próprio Programa, especialmente no que se refere ao atendimento de um dos principais grupos prioritários da saúde pública: as crianças menores de 1 ano.

Assim, de acordo com os resultados da pesquisa, a experiência de implementação das condicionalidades não tem representado aumento considerável de demanda para os serviços de saúde. Este fato pode ser atribuído a dois fatores principais: primeiro, é provável que grande parte das famílias beneficiadas já esteja incluída nos serviços de saúde; segundo, é preciso considerar que ainda há quantitativo razoável de famílias (ou de determinados membros das famílias 'Perfil Saúde',

desejada (e exigida).

¹⁵⁶ Afora os períodos de recadastramento induzidos pelo governo federal (de 2 em 2 anos), em geral a atualização dos cadastros depende das famílias procurarem espontaneamente a SMAS. Assim, observou-se no trabalho de campo que os profissionais da SMAS se preocupavam em solicitar aos beneficiários que em caso de nascimento, falecimento e outras alterações na composição familiar ou no rendimento procurassem os CRAS para realizar alteração cadastral.

conforme mencionado) não captadas¹⁵⁷, pelos motivos já amplamente discutidos.

A premissa de que grande parte das famílias do Bolsa Família já está incluída no sistema de saúde se confirma, em parte, no trabalho realizado por Monnerat e Souza (2008). Segundo esta pesquisa, 98,04% dos beneficiados entrevistados afirmaram utilizar alguma unidade de saúde, situação que revela um acesso quase universal destas famílias ao sistema de saúde em Niterói, notadamente a atenção básica. Acompanhando ainda os resultados desta pesquisa, destaca-se que as unidades de saúde mais citadas foram às unidades básicas e os módulos do Programa Médico de Família¹⁵⁸, constituindo 75,98% do total de respostas. A partir destes dados pode-se inferir que as unidades consideradas porta de entrada da saúde estão adequadamente distribuídas na área geográfica pesquisada, além de sugerir que é possível que haja coincidência de cobertura entre PMF e PBF. Este último ponto precisa ser aprofundado, já que a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Fundação Municipal de Saúde não dispõem dessa informação¹⁵⁹.

Some-se a isso o fato de que as policlínicas - que foram citadas por 18,44% dos entrevistados - acumulam a dupla função do atendimento de maior complexidade e atenção básica para algumas áreas delimitadas, as quais estão fora do alcance das unidades básicas e do PMF. Este percentual de citação das policlínicas reforça, portanto, o argumento acima desenvolvido de que entre os entrevistados a atenção básica tem cumprido o papel preconizado de porta de entrada do sistema de saúde¹⁶⁰. Importa ressaltar ainda que somente 1,12% dos beneficiários responderam que a unidade de saúde que sua família utiliza é o hospital, isto é, somente este pequeno grupo tem este tipo de estabelecimento de saúde como referência assistencial. Com efeito, este número é bem pequeno se comparado à dificuldade de reversão da cultura hospitalocêntrica verificada no sistema de saúde brasileiro, fato já amplamente apontado na literatura

¹⁵⁷ O índice de cobertura em final de 2007 estava em 47%.

¹⁵⁸ Como já mencionado, as policlínicas também ofertam serviços de atenção básica, porém tem como objetivo maior o atendimento especializado.

¹⁵⁹ Como vimos, dados do DATASUS/CGEPAN mostram que a média de acompanhamento das condicionalidades da saúde em municípios que tem ampla cobertura de PSF é bem maior do que naqueles que não tem.

¹⁶⁰ Sobre a questão da vacinação das crianças, parte da condicionalidade da saúde exigida pelo PBF, a pesquisa de Monnerat e Souza (2008) demonstra que não houve mudança significativa no tocante a esta questão a partir da inserção da família no PBF. Isto é: 98,32% dos titulares do benefício afirmaram que antes de receber o benefício às crianças foram vacinadas como recomendado. Sobre este ponto é útil lembrar que entre as ações de prevenção é consenso na literatura de saúde pública que a vacina é um dos itens com maiores níveis de cobertura e com alto grau de reconhecimento pela população.

especializada e que ainda constitui um dos grandes desafios no campo da saúde pública. Desta forma, não seria demais afirmar que este quadro positivo está, em parte, relacionado à reforma do sistema local de saúde nos anos 1980, situação que possibilitou, em algumas conjunturas subsequentes, tomar a atenção básica como prioridade política.

Se por um lado, o Programa Bolsa Família não tem provocado aumento significativo de demanda, por outro, constata-se que o seu processo de implementação vem tendendo a estimular a conformação de um tipo de acolhimento e cuidado no interior das unidades de saúde que não existia antes e que se aproxima das preocupações com a efetivação de práticas mais integrais no âmbito da saúde. Em direção similar, parece que a partir das exigências de condicionalidades do PBF algumas unidades da 'rede' estão mais sensíveis ao fato de que é necessário buscar a adesão das famílias aos programas de saúde pública existentes. O depoimento que segue é bastante curioso haja vista o peso atribuído ao PBF na mudança de comportamento dos profissionais de saúde.

“Eu acho que hoje se tem um pouco mais de cuidados, eu acho que tem perguntas que antes a gente não fazia. Você atendia uma mulher e você dificilmente perguntaria para ela: você está com seu preventivo em dia? Hoje já se faz essa pergunta com mais frequência. Ele passou a ser mais bem cuidado e ele sentiu isso também na unidade. Na saúde oral, a própria saúde oral. Sua criança tem colocado flúor, passado flúor no dentinho? -- Ih, não, sabe que nunca passou. E a senhora não fez isso ainda por quê? Então vamos lá e aí agenda. Alguns cuidados que a gente não tinha, não sei se era falta de tempo ou talvez a gente não se tocava que a gente podia estar fazer isso. A gente entrava naquela rotina da unidade, naquela coisa, acho que até na mesmice né, e eu acho que a gente acabou se acomodando, e isso (o Bolsa Família) foi tipo um despertar”. (...)“Fazemos com todas, agora fazemos com todas.” (Profissional Policlínica 5)

A visão de profissionais da assistência social – mais especificamente dos coordenadores dos CRAS - reitera o entendimento de que as condicionalidades podem promover maior adesão aos serviços de saúde.

“Muito dificilmente eu vi casos de crianças fora da escola. Ou era por alguma razão específica, ou era por um determinado momento, enfim. Mas com relação à saúde era uma coisa bem mais recorrente. Tinha anos, eu tive até uma usuária, nos últimos dias de atendimento no NAF, que ela; não eu não posso ir, eu não gosto de médico e tudo e não sei o que, faz anos que eu não faço preventivo. Eu sentei conversei com ela, falei do perigo que seria isso, em fim. Que ela precisava ser obrigada pelo Bolsa Família a ir ao médico para fazer um preventivo, para ter um acompanhamento? Então, eu não sei te dizer se ela foi ou se ela não foi, mas

eu acredito que ela tenha ido porque ela estava com uma cartinha já dizendo: 'seu benefício vai ser cancelado'. Então assim, que eu tenha visto, não de uma pessoa que não tivesse nenhum acesso, mas de pessoas que de repente tinham um acesso muito mínimo. Fosse de vez em quando, assim, quando o negócio estivesse assim muito complicado aí ela ia ao médico. E por causa do Bolsa Família ela estava indo com mais frequência, ela está comparecendo as consultas". (Profissional Secretária Municipal de Assistência Social 2)

Em alguma medida é possível que as condicionalidades da saúde estejam atuando como elemento estratégico para vincular as famílias às unidades da 'rede' que tradicionalmente trabalham a partir de demanda espontânea. Para além disso, o depoimento acima chama atenção para os riscos de se reproduzir ações controladoras (tão conhecidas na tradição da saúde pública) sobre as famílias beneficiadas a partir da ameaça de punição com a perda do benefício.

Não obstante, este estudo de caso mostra ainda certa tendência de o PBF contribuir para a ampliação do poder de utilização dos serviços de saúde por parte dos usuários. Isto é, a partir da inserção no Programa, há possibilidade de que as famílias sejam incluídas em vários programas e ações em desenvolvimento nas unidades de saúde, possibilidade que, em geral, não estava colocada antes de se tornar beneficiário. A pesquisa indica que os profissionais tem se sensibilizado quanto à importância de se intervir sobre a unidade familiar e não apenas sobre grupos específicos, conforme a tradição dos programas de saúde pública. No caso de Niterói, esta perspectiva é reforçada em razão da experiência do Programa Médico de Família que, de alguma maneira, tem sua metodologia divulgada e conhecida entre os profissionais da 'rede'.

"Então, eu quando converso com elas, eu procuro saber assim: como que está o seu preventivo? Quanto tempo você não faz? Você também tem que ser acompanhada pela unidade, e esse acompanhamento não é só vir aqui e se apresentar de seis em seis meses, a gente pesar e medir, não Eu quero saber como está o preventivo, quanto tempo não está fazendo. Vamos marcar então o preventivo? A idéia tem sido essa. Não vou dizer para você que a gente está conseguindo fazer com todas as pessoas que estão no programa". (Profissional Unidade Básica 5)

Neste sentido, a pesquisa impõe a indagação acerca do potencial das condicionalidades do PBF para adensar o debate sobre a integralidade da atenção em saúde, focando, sobretudo, as propostas de promoção da saúde e a estratégia de intersetorialidade.

Em artigo no qual analisam o Programa Bolsa Família, Medeiros et all. (2007)

argumentam que em muitos casos as condicionalidades da educação e saúde reforçam algo que as famílias já são obrigadas a cumprir, seja legalmente ou socialmente. Além disso, seu impacto também é questionável visto que desde o início do monitoramento das condicionalidades da educação mais de 95% das crianças e adolescentes acompanhadas cumpriram as condicionalidades, sendo, portanto difícil atribuir este efeito ao Bolsa Família (2007:17). No entanto, estudo do CEDEPLAR (2006) faz algumas ponderações ao indicar que as crianças atendidas pelo Programa têm mais probabilidade de frequentar à escola com assiduidade, diminuindo assim os riscos de evasão escolar.

Ampliando esta discussão, Medeiros et all. (2007) questiona se o objetivo de ampliar o acesso dos pobres aos serviços sociais justificaria a existência de contrapartidas no desenho do Bolsa Família. Nesta direção, a compreensão inscrita no trecho seguinte sugere que é possível que a formatação de programas de transferência condicionada de renda esteja ancorada em motivações morais e políticas.

“Se as condicionalidades de saúde e educação já são algo que os pais devem fazer com ou sem o benefício, por que elas são tão importante nos debates? Talvez porque a discussão sobre a necessidade das condicionalidades também tenha como pano de fundo questões políticas e éticas. As condicionalidades em parte atendem às demandas daqueles que pregam que ninguém pode receber uma transferência do Estado – especialmente os pobres – sem prestar alguma contrapartida direta. As condicionalidades seriam algo equivalente ao “suor do trabalho”; sem essa simbologia, o programa correria o risco de perder apoio na sociedade. Esta característica não é uma idiossincrasia do Bolsa Família, pois aparece também em vários programas implementados em outros países. A existência de programas de transferência condicionada de renda tem ser negociada a partir da imposição de condicionalidade de educação e saúde e, em alguns casos, de contrapartidas de trabalho, independentemente de avaliações objetivas da relação custo-benefício destas ações. A discussão sobre a transformação do Bolsa Família em um programa sem condicionalidades ou sua manutenção no desenho atual é algo que tem sido evitado por razões fundamentalmente políticas”(2007:18).

Não é à toa que pouco se fala na lei 10.835/2004¹⁶¹ de autoria do senador Eduardo Suplicy, que propõe a implantação da renda básica de cidadania, o que é radicalmente diferente do Bolsa Família porque adota outra perspectiva de justiça, pautada na universalidade e incondicionalidade, 'ingredientes' de difícil 'digestão' em

¹⁶¹ Esta lei prevê a concessão de um benefício, de valor suficiente para atender às despesas mínimas de cada pessoa com alimentação, educação e saúde, como um direito de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país há pelo menos 5 anos, independentemente de sua renda.

nossa cultura política.

Para melhor mapear a complexidade do debate sobre o potencial das contrapartidas do PBF, é preciso salientar que foi possível identificar (não por acaso através dos relatos dos profissionais do PMF) a existência de famílias vivendo em situação de miséria tão profunda que se negam até mesmo a fazer o cadastro do Bolsa Família. O relato abaixo mostra que o próprio Médico de Família tem dificuldade de acompanhar estas famílias que, em geral, têm suas vidas fortemente afetadas pela violência do tráfico de drogas.

“Tem pessoas com renda zero que não estão no Programa, eu tenho essa, por exemplo, essa mulher. Olha a história: ela mora com o pai, os dois primeiros filhos dela, o segundo é com ele, mais um filho dela com o pai, os outros dois com um traficante que já morreu e os outros dois com um traficante que está preso. As crianças, fora os dois primeiros que são filhos do pai, os outros sem pai não tem registro, porque ela não quer registrar sem o nome do pai. E o cara já morreu. Ela diz que não morreu, que ele está sumido, que ele vai aparecer. Então, não estão na escola, não tem Bolsa Família, porque não tem documento, e está grávida. Aí, fomos na casa dela, uma pirambeira lá no alto, não tem banheiro, não tem água encanada, aquela filharada, aquela meninada. Você olha pro teto, você vê o céu, de tanta goteira, olha é uma coisa assim, vida de animal. Iguais a essa, eu tenho lá no Triângulo¹⁶² umas quatro famílias. Agora, uns dois meses atrás, eu fui numa casa que a médica me chamou, falou: doutor, eu não sei mais o que fazer, não querem nem o cadastro do Bolsa Família, eles não aceitam”.
(Profissional PMF 6)

Não resta dúvida, então, que a complexidade da questão social na atualidade segue a desafiar os formuladores e implementadores de programas sociais no que diz respeito, especificamente, ao objetivo de inserir a população pobre nos serviços sociais. Assim, fica evidente o alcance limitado do PBF e de suas condicionalidades para interferir sobre situações de exclusão social como a mencionada acima.

Em suma, este estudo de caso revela que, se de uma parte, a presença de condicionalidades no desenho do Bolsa Família não constitui expediente capaz de trazer para os serviços de saúde parcela da população excluída deste direito social básico, de outra, dependendo do modo como ocorre a implementação local tende a contribuir para aumentar o poder de utilização dos serviços de saúde por parte de grupos sociais já inseridos nas unidades de saúde.

Ainda sobre este ponto, assinala-se que um dos principais desafios é superar a perspectiva de controle burocrático e desenvolver o acompanhamento das

¹⁶²

Nome fictício.

condicionalidades com base em ações sócio-educativas integradas intersetorialmente. Aqui observa-se um vazio quanto às estratégias de indução do governo federal com marcada ausência da Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS, instância que deveria ser mais proativa em termos da formulação e monitoramento de propostas de intervenção social junto às famílias. Tem-se a impressão, então, que está havendo certo distanciamento (e talvez desresponsabilização) da esfera federal e também dos estados com relação ao destino das famílias.

Embora o foco na família seja anunciado como um diferencial com relação à tradição de nossa política social que sempre buscou atingir determinados indivíduos ou grupos populacionais definidos isoladamente, pode-se dizer que a questão da qualidade da intervenção social junto às famílias praticada no âmbito do SUAS/PBF é pouco tematizada vis-à-vis outros aspectos do PBF. É forçoso reconhecer que em se tratando de um programa de transferência de renda com condicionalidade, o debate torna-se ainda mais urgente, pois a qualidade do trabalho social com as famílias beneficiadas faz toda a diferença, especialmente em razão dos riscos de prevalecer atitudes fiscalizatórias e de suspeição sobre as famílias.

Na esteira desta discussão, o estudo do caso de Niterói constata que a qualidade do acompanhamento das famílias e os fluxos locais definidos para atender a este objetivo são bastante dependentes, dentre outras coisas, da capacidade de o município efetivar a coordenação intersetorial prevista no Programa. Os implementadores diretos do Programa fazem referência constante ao fato de não ser possível utilizar o Cadastro Único como fonte de informação e comunicação intersetorial. Se mostram, assim, descontentes por não terem conhecimento sobre o número total de famílias beneficiadas no município, por não saberem quais famílias receberam advertência e tiveram benefício bloqueado¹⁶³, não terem noção sobre o intervalo de tempo entre o cadastramento e a concessão do benefício, além das dificuldades com relação ao domínio dos critérios de elegibilidade do Programa. O desenho assumido pelo PBF exige, para sua operacionalização, a constituição de sistemas de informação ágeis e realmente facilitadores da coordenação entre diferentes esferas de governo e setores de políticas.

Com efeito, a centralização da informação no governo federal e os

¹⁶³ Durante o período da pesquisa (2006 e 2007) poucos foram os profissionais que tiveram contato com famílias com benefício bloqueado, embora um episódio tenha repercutido fortemente em um módulo do PMF, conforme explicitado no item que segue.

descompasso nas relações intergovernamentais e intersetoriais são elementos que certamente contribuem para a configuração de uma situação de impotência entre os profissionais que operam o Programa no nível local. Em consonância com esta análise, Quiroga et all. (2007) ao realizarem avaliação do PBF no estado do Rio de Janeiro argumentam que:

“Este tipo de “alienação” dos técnicos (e dos próprios CRAS) em relação a seu próprio trabalho é, do nosso ponto de vista, desmotivador e generaliza uma atitude tecnocrática e de pouca interatividade entre profissionais e população” (2008:13).

Entretanto, o município vem buscando ‘driblar’ este percalço, e muitos outros aqui apresentados, a partir do investimento na conformação de determinado arranjo institucional intersetorial singular ao contexto local. É sobre isto que trata o próximo item deste trabalho.

5.3) A Dinâmica intersetorial do Programa Bolsa Família

No caso do município de Niterói não se pode tratar da dinâmica intersetorial do Bolsa Família sem compreender as imbricações desse processo com as iniciativas mais amplas de promoção da intersetorialidade no contexto local, as quais se configuraram de modo mais institucionalizado a partir de 2005.

O recurso a este tipo de análise apóia-se na convicção de que, embora o incremento da implementação do PBF tenha acontecido *pari-passu* ao desenvolvimento das ações intersetoriais locais, este último empreendimento decorre de legados e aprendizados institucionais anteriores e que nada têm a ver com a implantação do Bolsa Família. Mas, em determinado momento, tais iniciativas encontram-se absolutamente interligadas.

Compreendendo, então, a importância de garantir uma perspectiva de análise que considere a conexão entre ambos os processos em que a intersetorialidade no campo das políticas sociais é experimentado no município, apresentam-se a seguir algumas reflexões fundamentais para entender a dinâmica intersetorial do PBF.

5.3.1) A implementação da intersetorialidade no cenário local

O município de Niterói, através das secretarias de educação, saúde e assistência

social, vem desenvolvendo ações intersetoriais como forma de enfrentamento da pobreza e dos limites da lógica setorial, buscando, assim, formas alternativas de responder as demandas colocadas pela complexidade das questões sociais contemporâneas.

A promoção de ações intersetoriais tem como marco a criação, em 2005, de um **Comitê Gestor Intersectorial** formado por um representante das secretarias de educação e assistência social e dois representantes da saúde¹⁶⁴. A saúde possui essa representação diferenciada em face da necessidade de contemplar a coordenação do Programa Médico de Família (PMF) e da 'rede convencional' de atenção à saúde que, embora possuam mecanismos de articulação entre si, têm instâncias gerenciais separadas.

Os depoimentos dos principais atores envolvidos na ação intersectorial local mostram que a constituição do comitê gestor é o coroamento de uma longa trajetória de desenvolvimento de diversas ações conjuntas entre diferentes áreas de políticas públicas no município. Trajetória esta que não se conforma de modo linear e tampouco se caracteriza pela continuidade e sustentabilidade no tempo.

É sabido que sempre existiram inúmeras ações de articulação pontuais e dispersas por todo o território municipal que geralmente ocorriam por iniciativa isolada dos profissionais da 'ponta' do sistema ou ainda em nível de gestores intermediários.

Esta observação é feita a partir das narrativas de experiências dos entrevistados, nas quais se verificam diferentes registros de memória sobre eventos e intervenções conjuntas que precederam à organização intersectorial construída a partir de 2005. Os atores sublinham o caráter eventual destas iniciativas anteriores e destacam que o propósito de tais ações era resolver, de forma imediata, determinadas demandas sociais.

É com base nesse modo de enfrentamento da questão social que historicamente ocorreram as aproximações entre saúde, assistência e educação. É evidente que esta maneira de articulação não constitui uma singularidade do município aqui estudado, mas diz respeito às estratégias – de caráter informal e espontâneo – largamente utilizadas pelos profissionais envolvidos diretamente na implementação de políticas públicas no país. A transcrição abaixo ilustra esse ponto quando afirma que:

“Eram questões pontuais que aconteciam entre o posto de saúde tal e a escola tal, aconteciam entre o médico de família tal e a instituição tal e sempre a demanda dando aquele fluxo. Surge um problema e aí um bate na porta do outro e vamos tentar resolver a situação”. (Membro Comitê Gestor Intersectorial 1)

¹⁶⁴

Todos os 4 membros do Comitê Intersectorial foram entrevistados.

Um aspecto que merece atenção na experiência de Niterói refere-se ao fato de que, na visão dos principais atores vinculados à saúde, educação e assistência, a constituição do **Comitê Gestor Intersetorial** não se dá em razão da necessidade ou do apelo em atender demandas imediatas ou problemas circunstanciais tal como na experiência passada. Ao contrário, é fruto do aprendizado institucional alcançado, cujo corolário principal é a consciência de que a ação intersectorial não deve se resumir às articulações passageiras visando atender demandas pontuais.

Ademais, os depoimentos sobre a questão demonstram que os profissionais que protagonizaram a articulação intersectorial tinham clareza das potencialidades da eficácia social desta intervenção. O depoimento que segue é representativo do aspecto que se quer destacar:

(...) “Não foi uma demanda que nos uniu, foi à necessidade de pensar no trabalho conjunto”. (...) “Não tinha uma demanda pontuada porque um não procura o outro dizendo que tem um caso desse aluno, né, que é o que acontece muito com a educação, que eu preciso resolver. A gente se junta porque sabe o potencial de trabalhar junto, eu acho que é isso. A gente sabe que a gente junto tem condições de resolver questões que separado a gente não teria”. (Membro Comitê Gestor Intersetorial 2)

O Comitê Intersetorial tem origem em iniciativas de gestores intermediários das secretarias de educação e assistência social e da Fundação Municipal de Saúde. Tais gestores são, em grande medida, apoiados pelos profissionais da ‘ponta’ que, em razão das requisições impostas pelo cotidiano do trabalho, reclamam maior nível de diálogo com outros setores para a resolução das demandas que recorrentemente se apresentam. Neste cenário, a formação do Comitê Intersetorial traduz a aspiração de um grupo de profissionais (com capacidade de liderança técnica e política) em conferir institucionalidade ao processo de construção da intersectorialidade no nível local.

Baseado nas entrevistas realizadas e na observação sistemática das reuniões do **Comitê Gestor Intersetorial**, não resta dúvida de que a criação desta instância colegiada marca um ponto de inflexão diante do legado existente. Neste aspecto, a experiência local demonstra conformidade com a literatura recente quando é destacado que a instituição e a continuidade no tempo de fóruns (ou organizações similares) de coordenação conjunta entre diferentes áreas de política são cruciais para o desenvolvimento da intersectorialidade (Junqueira, 1998; Andrade, 2006).

Desde o início de 2006, a ação intersectorial está estruturada de forma

descentralizada em todo o território municipal, sendo as iniciativas regionais coordenadas pelo **Comitê Gestor Intersetorial**. Com base nesta lógica de organização, cada regional conta com uma comissão composta por delegados de áreas (profissionais da saúde, educação e assistência), cuja função precípua é articular o desenvolvimento das ações intersetoriais nos vários bairros que compõem cada regional. A Comissão Intersetorial em âmbito regional deve, então, ser composta por dois delegados da saúde (coordenador de área do PMF e diretor da policlínica regional), um representante da educação e representantes da assistência social vinculados aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

Tendo como referência o período de desenvolvimento da pesquisa, ou seja, os anos 2006 e 2007, pode-se afirmar que, assim como qualquer processo social, a dinâmica da ação intersetorial local esteve marcada por momentos distintos, caracterizados por avanços e recuos. Cabe, então, destacar os principais dilemas e desafios enfrentados no curso desta experiência.

O primeiro desafio enfrentado pelo **Comitê Gestor Intersetorial** foi relativo à definição de um território único, já que a saúde, educação e assistência social atuam tendo como referência delimitações geográficas específicas. Além disso, o município ainda possui uma divisão político - administrativa que não corresponde a nenhuma das áreas definidas para as políticas sociais mencionadas, mas que é referência para a organização das Regiões Administrativas. Estas instâncias, que atuam muitas vezes como subprefeituras, detêm importante influência junto às localidades e, em algumas regiões, em razão de sua atuação, constitui um importante ator político no contexto do poder local.

Conforme discutido na literatura especializada, esta diversidade de áreas de intervenção dos setores (e da organização do executivo municipal) traz dificuldades importantes para os sujeitos envolvidos na promoção da intersetorialidade, haja vista a exigência de forte capacidade de negociação de interesses para alcançar consenso sobre a definição de território comum de intervenção. O trecho que segue demonstra este desafio:

(...) “E aí a gente começa a pensar no desenho, no nosso desenho. Começa uma discussão de território, como é cada um se organiza, já que a gente não tinha uma demanda, não tinha uma demanda nesta história, como é que vai trabalhar junto? Primeira coisa que a gente tem que ver é quem está junto realmente e aí entra uma discussão de território. Ai a gente vê que as organizações dos setores são

diferentes, que cada um se organiza de um jeito, cada um é diferente do outro”. (...) “Assim, em 2006 todo a gente não tinha um tema que perpassasse todos. O que a gente tinha era: Vamos conhecer o território, vamos saber quem trabalha em cada território”. (Membro Gestor Comitê Intersetorial 1)

Após um processo relativamente longo de discussão e pactuação entre as três áreas, definiram-se territórios comuns de intervenção que teve como referência as áreas de gestão das policlínicas regionais. Vale dizer que tomar a saúde como base para esta divisão territorial tem a ver com o acúmulo de experiência deste setor no que tange à requisição da regionalização preconizada pelo Sistema Único de saúde (SUS), notadamente a partir da década de 2000. Segundo representante da saúde no Comitê Gestor Intersetorial, a recente estruturação das policlínicas regionais foi pensada a partir de inúmeras variáveis como densidade demográfica, grau de vulnerabilidade da população, distribuição geográfica das unidades de saúde, facilidade de acesso, considerando aqui as linhas de transporte coletivo no município, dentre outras questões.

Durante o ano 2006, além do movimento em torno da definição de um território comum, as iniciativas intersetoriais nas regionais estiveram marcadas tanto pelo reconhecimento da ação de cada área de política social envolvida quanto pela definição de problemas prioritários que deveriam ser enfrentados conjuntamente. Como consequência, cada regional elegeu uma questão que considerava prioritária em seu território e a diversidade dos problemas existentes pode ser verificada nos diferentes temas escolhidos para a intervenção conjunta, quais sejam: dengue, violência, Programa Bolsa Família, acessibilidade dos deficientes físicos, saúde mental, documentação de usuários, etc. Interessante notar que apesar do **Comitê Gestor Intersetorial** ter sugerido que se definisse o PBF como tema prioritário de intervenção para o município como um todo, tal indicativo não foi acatado naquele momento, prevalecendo a autonomia das regionais e a opção de atuar sobre as singularidades de cada território.

Os membros do Comitê Intersetorial entendem que este momento foi fundamental para que os profissionais enfrentassem os desafios inerentes à elaboração do planejamento integrado, ensaiando assim um aprendizado institucional da maior importância no setor público local.

No entanto, as visões sobre a efetividade deste processo são controversas. Para alguns gestores estas ações se restringiram ao desenvolvimento pontual da agenda comum definida nas diversas regionais, não se consubstanciando em desdobramentos significativos. Identifica-se aqui a dificuldade dos profissionais compreenderem o

significado da proposta de ação intersetorial para além da realização de eventos conjuntos. Sobre este ponto, a literatura disponível reconhece que a implementação da gestão intersetorial depende de mudanças de grande envergadura, tais como alterações substanciais na cultura organizacional, no corporativismo profissional, dentre outras questões.

De outra parte, observam-se avaliações que enfatizam o avanço da experiência local tendo como base de análise os elementos de continuidade e qualidade do processo de implementação mesmo que isto esteja acontecendo em um número reduzido de regionais. Não obstante, todos reconhecem a heterogeneidade do processo como um problema a ser enfrentado.

Além das questões já analisadas, o depoimento que segue adiciona um outro aspecto limitador da efetivação das ações intersetoriais no município. O destaque aqui é justamente a ausência de articulação com a sociedade civil organizada.

(...)'' O que agente queria é que esse grupo¹⁶⁵ a partir do momento que ele fosse convidar a regional que, a sociedade civil estivesse colocada ali, movimentos comunitários, etc. Poucos convidaram os movimentos comunitários. Então, nós começamos a perceber que ainda não está claro para eles qual é o objetivo, o que significa desenvolvimento local. Nós trabalhamos planejamento estratégico com eles, para que eles pudessem estar trabalhando a questão da priorização. O que a gente está querendo é instrumentalizar, pra que eles possam... e o que a gente está percebendo é que isso está ainda com muita dificuldade''. (Membro Comitê Gestor Intersectorial 3)

A observação sistemática dos fóruns de discussão do 'movimento' intersetorial demonstrou que os membros do Comitê compreendem que a natureza de uma ação intersetorial não deve se restringir às três secretarias envolvidas e tampouco ao campo da intervenção das políticas públicas estatais. Nesta direção, comungam da perspectiva de que é fundamental a participação da sociedade civil e de outros atores relevantes situados nos territórios definidos para as ações intersetoriais. Entretanto, vê-se que em Niterói ainda não foi possível reunir as condições políticas e institucionais necessárias para a ampliação desta articulação, seja na direção de estimular a participação social, seja na intenção de incorporar as diversas áreas de políticas públicas que atuam no nível local. Apesar disto, embora em escala muito reduzida, verifica-se que determinadas regionais do município desenvolvem projetos conjuntos com os setores de urbanismo, limpeza urbana, cultura, dentre outros. Algumas, por já possuírem trajetória de maior

¹⁶⁵

A entrevistada se refere às Comissões Regionais Intersectoriais.

mobilização popular, se articulam também com as administrações regionais e associações de moradores. Mas, em geral, as iniciativas ficam por conta da interação entre as secretarias de saúde, educação e assistência.

Acrescenta-se que os protagonistas da ação intersetorial local não identificam os conselhos de políticas públicas como atores relevantes para fortalecer o diálogo intersetorial, o que talvez esteja refletindo, dentre outras coisas, as dificuldades encontradas por estes colegiados para cumprirem o seu papel no campo das políticas sociais. Este fato também chama atenção em razão da evidência de que a organização destas instâncias de controle social reproduz a lógica setorial e fragmentada própria das políticas públicas.

Como se percebe, a organização da intersetorialidade no município assume uma dinâmica que atende aos princípios da descentralização das ações, exigindo assim grande capacidade de articulação entre o Comitê Gestor Intersetorial e demais comissões regionais. Com certeza, esse é um ponto positivo para a condução deste processo no nível local, onde as reuniões mensais ampliadas, isto é, aquelas realizadas entre o Comitê Gestor Intersetorial e os delegados das comissões regionais se constituem em momentos propícios à definição de estratégias de implementação, gestão e reflexão acerca da experiência vivida.

Nestes encontros, os comitês regionais têm a responsabilidade de levar um resumo avaliativo das ações desenvolvidas nas regionais para, a partir daí, se desenvolver um debate mais amplo sobre as dificuldades e propostas a serem adotadas.

Com base nisso, destaca-se que o grupo que compõe o Comitê Gestor Intersetorial tematiza com clareza as debilidades em termos da apropriação de instrumental teórico-metodológico necessário para encaminhar as intervenções intersetoriais no município. Sendo assim, a questão do planejamento estratégico e a definição de uma agenda comum foi ponto de pauta freqüente nas reuniões mensais do grupo ampliado da intersetorialidade. A discussão conceitual sobre a intersetorialidade também foi tema de um seminário¹⁶⁶ aberto a todos os profissionais das três secretarias envolvidas.

Estas reuniões constituem oportunidade ímpar de entrosamento entre os profissionais das diferentes regionais do município, nas quais os coordenadores (membros do Comitê Gestor Intersetorial) vêm utilizando diversas metodologias e

¹⁶⁶ Este seminário contou com a minha participação e da professora Rosimary Gonçalves da Faculdade Serviço Social da UERJ na condição de palestrantes convidadas.

dinâmicas de trabalho em grupo com objetivo de aproximar os atores e aprofundar o reconhecimento dos problemas de cada área. Nesta direção, este Comitê tem exercido papel de inequívoca liderança na orientação das discussões que acontecem de forma descentralizada sob a responsabilidade das diversas comissões intersetoriais regionais do município.

Em que pese os esforços envidados, a inexistência de fluxos de comunicação pré-definidos é um dos aspectos que dificulta a organicidade da relação entre as diferentes instâncias de organização da ação intersetorial local, fragilizando o relacionamento, acompanhamento e mesmo a divulgação das iniciativas intersetoriais entre os atores envolvidos no cotidiano da implementação de políticas públicas e sociais. Sobre este ponto, é preciso considerar que o sucesso das ações intersetoriais depende do grau de adesão e pactuação em torno da referida proposta (Andrade, 2006).

Levando em conta a argumentação de que a experiência intersetorial é contaminada e contamina a lógica de atuação setorial, é crucial resgatar uma determinada iniciativa de profissionais da secretaria de educação no que toca, especificamente, ao aprendizado extraído por ocasião da definição de território comum para ação intersetorial.

Trata-se do fato de que os representantes da educação no Comitê Gestor Intersetorial e nas comissões regionais levaram para a Conferência Municipal de Educação, realizada no ano de 2007, a proposta de que a secretaria de educação do município adotasse como referência para a implementação da referida política o recorte geográfico estabelecido para as ações intersetoriais. Esses técnicos têm a perspectiva de que esta nova adscrição de território, que vem funcionando à margem do recorte geográfico instituído, seja incorporada como parâmetro para a gestão e organização das unidades escolares.

Com efeito, a utilização do território da saúde forjou rearranjos (ainda que informais) nas áreas de educação e assistência já que houve necessidade de adaptação à lógica de organização da saúde no que se refere especificamente ao desenvolvimento de ações intersetoriais. Isto quer dizer que os profissionais da educação e assistência social envolvidos com a proposta da intersetorialidade passaram a realizar seu trabalho sob duas lógicas territoriais distintas, isto é, uma formal - a setorial - e outra informal - a intersetorial. Decerto, esta tensão perpassa o reclame da educação por um recorte territorial único, além de que a definição da saúde apresenta forte coerência em termos

da perspectiva de acessibilidade aos serviços.

Diferentemente do que ocorre com a educação, no campo da assistência social esta tensão é minimizada em razão de que o processo de estruturação da rede sócio-assistencial descentralizada encontra-se em curso via implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), não se verificando, portanto, forte tradição em termos da institucionalidade desta área.

Como demonstrado, a experiência local ancora-se em um grupo de profissionais que lideram todo o processo organizativo no município. Nestas circunstâncias, é forçoso reconhecer que o lugar institucional dos membros do Comitê Intersetorial (considerando aí o poder inerente aos cargos de chefia ocupados por esses técnicos) favoreceu uma dada mobilização que se espalhou por todo o município, embora isso tenha sido insuficiente para que o governo municipal assumisse a lógica intersetorial como estratégia de gestão.

Em determinado momento do desenvolvimento deste processo, particularmente no início de 2006, o Comitê Gestor Intersetorial organizou um seminário com o tema da intersetorialidade cujo objetivo foi pleitear junto ao executivo municipal a oficialização do referido Comitê, que já vinha funcionando há quase um ano.

Este seminário contou com a presença do prefeito e dos secretários das áreas envolvidas, e na oportunidade foi reivindicada a promulgação de uma portaria regulamentando o Comitê Gestor Intersetorial. Entretanto, até o momento este ato administrativo não foi efetivado e o não cumprimento desta 'promessa' frustrou as expectativas de reconhecimento institucional, uma vez que o Comitê permanece como uma instância informal dentro da estrutura administrativa da prefeitura.

De fato, o que está em jogo é a negação do apoio formal do governo a esta iniciativa, o que pode comprometer as possibilidades de continuidade da experiência. Como é sabido, para que a intersetorialidade tenha condições de se concretizar, ou seja, deixe de se caracterizar como um tipo de 'colaboração no varejo'¹⁶⁷, é preciso que o governo a incorpore como estratégia de gestão. Este apoio deve ser amplo, traduzindo-se inclusive em destinação orçamentária específica para esta ação. O depoimento de um gestor evidencia a questão:

¹⁶⁷ Expressão utilizada pela professora Regina Bodstein da Ensp/Fiocruz em palestra nesta instituição, em 2008.

(...) “É para que isso possa virar realmente um plano de governo porque a ação intersetorial não é só um plano local, ela precisa ter governabilidade, ou seja, o governo envolvido nesse trabalho. Senão, você não consegue estar trabalhando a questão do desenvolvimento mesmo”. (Membro Comitê Gestor Intersectorial 1)

Além da falta de reconhecimento legal, a ausência de apoio político ao Comitê Gestor Intersectorial também se expressa no fato de que a ação intersectorial permanece restrita às áreas de educação, saúde e assistência. Esta limitação do escopo das políticas públicas envolvidas mostra que se está diante, digamos assim, de uma espécie de movimento 'quase espontâneo' e que carece de maior institucionalidade e, conseqüentemente, de indução por parte do executivo local para atrair outras políticas públicas locais. Ademais, a não priorização do tema da intersectorialidade no cenário municipal se estende ao legislativo local que, à semelhança do poder executivo, também não empreende nenhum tipo de discussão nesta direção.

Pode-se assinalar que uma das conseqüências imediatas da falta de reconhecimento da ação intersectorial desenvolvida no município se traduz no acúmulo de responsabilidades dos atores diretamente envolvidos no Comitê Gestor Intersectorial. A respeito disso, verifica-se, via de regra, a dicotomia entre demandas setoriais e intersectoriais. A sobreposição destas duas lógicas de atuação, ainda que a perspectiva intersectorial se resume a determinadas ações, traz para os atores envolvidos a vivência de contradições relevantes, tal como a imposição de tratar a agenda intersectorial como tarefa extraordinária, pois que não oficialmente reconhecida. Há, na realidade, uma desconsideração do 'esforço adicional' de um número razoável de profissionais comprometidos com esta importante iniciativa local, que, em última instância, se caracteriza como sobretrabalho. É evidente que a ambigüidade - setorial versus intersectorial - estará sempre presente em processos de implementação da intersectorialidade, porém tal tensão tende a ser diluída em contextos em que a intersectorialidade constitui-se em estratégia de gestão do governo local. O depoimento abaixo demonstra a pertinência da questão aqui abordada:

“No início era um drama porque o setor era mais importante do que a ...do que o inter. Então minhas agendas com o secretário, minhas agendas de departamento, minhas agendas elas se sobrepõem na agenda do outro. Nossas reuniões, na maioria das vezes, são as cinco, seis horas da tarde, que em tese não é horário de expediente, mas que a gente sabe que ninguém vai marcar nada pra gente. Entendeu o que estou falando neste jogo de setor e intersectorial? É nesse sentido aí que a gente costuma marcar cinco e trinta, seis horas. Se você pegar os relatórios aqui dos nossos encontros eles começam na maioria das vezes à noite. Quando a

gente marca num horário comercial ele tende a fracassar”. (Membro Comitê Gestor Intersetorial 2)

A partir da observação participante realizada, é possível afirmar que em algumas ocasiões as reuniões mensais foram canceladas ou aconteceram sem a presença de todos os membros do Comitê Gestor Intersetorial, o que recorrentemente era atribuído às inúmeras dificuldades dos coordenadores conciliarem suas agendas setoriais (oficiais) com as requisições da intersectorialidade. Esta ambivalência é especialmente referenciada pelos setores de educação e saúde, não aparecendo como um argumento vocalizado pelos profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social. Não obstante a necessidade de maior aprofundamento sobre a questão, é possível inferir que o conflito - setorial versus intersectorial - está menos presente na área de assistência social em razão de a intersectorialidade estar prevista no desenho do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e em outros programas do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS). Deste modo, o debate sobre a importância da gestão intersectorial encontra-se bastante disseminado entre os técnicos desta arena de política.

Vale acrescentar que, do ponto de vista prático, além da especificidade de seu objeto de intervenção, a baixa capacidade operativa da assistência social a torna visceralmente dependente do diálogo intersectorial e das parcerias, o que não acontece da mesma forma com as áreas de saúde e educação que se encontram bastante regulamentadas. Mas, paradoxalmente, esta mesma fragilidade institucional impede a Assistência Social de colaborar mais efetivamente com as iniciativas intersectoriais, haja vista que é a arena setorial que mais sofre com a precariedade de recursos financeiros, humanos e de estrutura física.

A maior sensibilidade da Assistência social para com o tema da intersectorialidade pode ser observada no reconhecimento do papel desempenhado pela então Secretária de Assistência Social, nos anos 2005 e 2006¹⁶⁸. Assim, para diversos membros do Comitê Intersetorial esta gestora cumpriu a relevante tarefa de estimular o debate em torno da intersectorialidade no município e os depoimentos colhidos traduzem o consenso em torno do protagonismo desse ator.

No primeiro semestre de 2007 houve forte desmobilização das ações intersectoriais e a primeira reunião do Comitê Intersetorial só ocorreu em junho do

¹⁶⁸ Nos anos 2005 e 2006, o apoio da área de assistência social à conformação à gestão intersectorial no município partia da própria secretária da pasta, ao contrário da educação e saúde cujos técnicos lutavam cotidianamente para mostrar o poder estratégico deste tipo de gestão.

mesmo ano. Quando indagados sobre as razões deste esvaziamento, os gestores sinalizaram que isto se deveu à saída, neste mesmo período, da então Secretária de Assistência Social.

Com base na observação participante realizada no Conselho Municipal de Assistência Social durante todo o ano de 2006, acrescenta-se que a forte liderança deste ator não se limitava ao cenário local, estendendo-se ao plano nacional. Diz-se isto porque, nesta época, a Secretária de Assistência de Niterói ocupava a presidência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Assistência Social (CONGEMAS). Com efeito, este envolvimento diferenciado no contexto da política nacional de assistência social contribuía para agregar maior qualidade à intervenção da assistência social no cenário municipal. Para além desta questão específica, é indispensável pontuar que o processo de promoção da intersectorialidade em Niterói é marcado por oscilações e descontinuidades no que diz respeito à capacidade organizativa e de mobilização do grupo envolvido.

Em que pese o destaque conferido a este ator específico, imprescindível sublinhar que os três setores envolvidos (saúde, assistência e educação) reivindicam para si o protagonismo da iniciativa de concertação intersectorial, o que, decerto, revela o grau de conflito latente entre estas esferas de política social, as quais possuem culturas institucionais e saberes técnicos próprios. A literatura especializada registra que este é um fator de tensão na construção do diálogo, requisito essencial para o sucesso da implementação da intersectorialidade (Andrade, 2006; Junqueira, 1998).

Cabe considerar que, em geral, as iniciativas de promoção da intersectorialidade se caracterizam pelo esforço incessante do nível local em minimizar a lógica setorial e fragmentada das políticas públicas que, em grande medida, são formuladas pelo governo federal, mas implementadas de forma descentralizada. Nesta direção, constata-se que a ação intersectorial em Niterói tem se sustentado através de coordenação informal que, se por um lado, tem a anuência e ‘simpatia’ dos Secretários de Educação, Saúde e Assistência Social, por outro, isto ainda não se transformou em apoio político suficiente para levar adiante propostas de ação integrada mais efetivas.

A imersão neste cenário concreto de implementação da intersectorialidade também evidencia que o governo estadual e o nível federal (embora haja avanços na formulação de programas federais com desenho intersectorial) ainda apresentam fraca sensibilidade para com as iniquidades geradas a partir da fragmentação e

descoordenação de programas e políticas sociais. O frágil investimento em mecanismos (diversos) de indução, gerados principalmente a partir do governo federal, e de coordenação por parte do estado, parece reforçar a tese de que quanto mais distante dos problemas concretos da população mais a lógica setorial se impõe. Na esteira desses dilemas, é crucial indagar sobre as possibilidades de sustentação de experiências marcadas pelo localismo e, muitas das vezes, pautadas em iniciativas de colaboração espontânea entre profissionais comprometidos com a qualidade dos serviços públicos (Viana, 1998).

Em meio às questões apontadas, pode-se argumentar que a junção de elementos como o fraco apoio do executivo local e a ausência de articulação das ações intersetoriais com os movimentos sociais e conselhos de políticas públicas dão a idéia do tamanho da preocupação com a sustentabilidade da experiência.

Outro aspecto a ser destacado é que os resultados da pesquisa demonstram enfaticamente que a competitividade eleitoral reduz em muito as possibilidades do diálogo intersetorial. Em geral, os secretários municipais e outros gestores são atores que almejam cargos eletivos na política local e, ainda que pertençam ao mesmo partido, a disputa por espaço político está sempre em questão. Assim, a lógica de construir a carreira política molda um tipo de comportamento não cooperativo, marcado, principalmente, pela concretização de projetos que possam ter um tom mais personalista.

Com base na lógica da competitividade política predatória, o período de eleição para o executivo municipal (praticamente todo o ano de 2008) representou séria ameaça à continuidade das ações intersetoriais. Isto porque foi um momento caracterizado pelo acirramento das disputas políticas partidárias em torno da sucessão, mais especificamente entre as diferentes tendências políticas dentro do próprio partido no poder, provocando instabilidade na gestão das secretarias implicadas na intersetorialidade, notadamente educação e assistência. Em uma das secretarias houve mudança do titular da pasta e em outra a não renovação de contrato de profissionais-chave no processo de articulação intersetorial. Como se pode constatar, desde a saída da Secretária de Assistência Social em fevereiro de 2007¹⁶⁹, o movimento de integração de políticas vem sofrendo constrangimentos à sua continuidade.

De fato, a transição política promovida pelas eleições para prefeito e vereadores

¹⁶⁹ Em função deste episódio, o Comitê Gestor Intersetorial não realizou nenhuma reunião no primeiro semestre, retomando suas atividades somente no segundo semestre.

em 2008 (conjugado ao não reconhecimento formal do Comitê gestor intersetorial) provocou a paralisação do processo de articulação intersetorial em curso devido à perda de poder político-institucional de alguns gestores - líderes e também em razão da falta de garantias de que atores-chave envolvidos permanecessem no cargo após as eleições. Como o resultado da eleição foi desfavorável à atual coligação partidária no poder, a retomada da experiência aqui analisada depende de tantas variáveis que é impossível arriscar um prognóstico.

A relação entre o 'movimento' intersetorial local e o PBF se revela fundamentalmente na confluência entre a intenção de atores locais em promover a integração de políticas e a necessidade, imposta ao nível local, de implementar as condicionalidades do Bolsa Família a partir da articulação entre as Secretarias de Assistência Social, Saúde e Educação.

5.3.2) O Programa Bolsa Família como prioridade de intervenção do Comitê Gestor Intersectorial

A partir do segundo semestre de 2007, momento de retomada das reuniões do Comitê Gestor Intersectorial, desenha-se com nitidez um movimento no sentido de definir um tema único que perpassasse as ações intersectoriais em todas as regionais do município. Configura-se aqui o segundo desafio¹⁷⁰, em termos organizativos, da experiência intersectorial no município.

A propósito, é preciso lembrar que em 2006 já havia sido apresentada a proposta de eleger o Bolsa Família (PBF) como o programa que unificaria o desenvolvimento das ações intersectoriais locais. Entretanto, naquela conjuntura tal possibilidade foi negada e cada regional escolheu temáticas e problemas diferentes para este tipo de intervenção. Apenas uma regional assumiu o PBF como ação intersectorial e isto, de certa forma, influenciou a indicação do programa como prioridade da ação conjunta no ano seguinte.

Na primeira reunião de 2007 o Comitê Gestor Intersectorial, juntamente com os delegados das comissões regionais, optou por priorizar duas frentes de atuação que deveriam ser desenvolvidas por todas as regionais do município, quais sejam: as ações de acompanhamento das condicionalidades do PBF e intervenções conjuntas sobre o tema relativo às pessoas portadoras de deficiência. O foco aqui seria a promoção da

¹⁷⁰

O primeiro foi à definição de um território comum de atuação.

acessibilidade aos serviços sociais e ampliação da cidadania deste grupo populacional, tema de interesse do setor Educação que vinha desenvolvendo ações de inclusão de crianças e deficientes nas escolas públicas.

A escolha destes dois temas como diretriz para a intervenção intersetorial configura-se como importante decisão porque amparada na idéia de que a gestão intersetorial deve estrategicamente definir prioridades aproximando-se, assim, do objetivo de construção de objetos comuns de intervenção para serem desenvolvidos em territórios pré-definidos (Andrade, 2006).

A avaliação sobre a condução do processo acima descrito mostra que nem todos os territórios conseguiram se organizar satisfatoriamente em torno dos temas previamente definidos. Em geral, as regionais desenvolveram ações relativas ao PBF e a questão das pessoas com deficiência ficou em segundo plano. Observa-se também que a experiência de implementação de ações conjuntas no âmbito do Bolsa Família foi muito diversa nos territórios.

A indicação do PBF, em verdade, não atendeu completamente aos anseios de todos os atores envolvidos na ação intersetorial, gerando resistências principalmente na área de educação. Observe o depoimento que segue:

“Eu não sei se a escolha da tematização me afastou individualmente, porque o que acontece quando a gente faz a opção do Bolsa Família é que eu tenho uma equipe da secretaria de educação que não sou eu a responsável pelo Bolsa Família, então isso afasta o intersetorial de mim setorialmente”. (...) “É diferente da saúde e da assistência porque as pessoas representantes no grupo¹⁷¹ são responsáveis pelo Bolsa Família, não é o meu caso”. (...)” Aqui eu tenho um núcleo do Bolsa Família específico que atende as condicionalidades muito bem, não tem nem porque mexer nisso. Pra que você vai mexer na estratégia se o negócio dá certo, se funciona. A condicionalidade da Educação, ela é 100% atendida, se eu não me engano”. (Membro Comitê Gestor Intersetorial 2)

Note-se, então, que a escolha do PBF, embora tenha sido acatada pela maioria das regionais, evidenciou diferentes interesses e conflitos entre os membros do Comitê Gestor Intersetorial. A reação da educação perante o esforço de avançar na definição de um tema comum de intervenção evidencia diversos dilemas próprios à implementação da intersetorialidade no nível local e que estão, de certo modo, em consonância com questões apontadas na literatura especializada.

Em primeiro lugar, nota-se que a presença de debilidades no plano da articulação

¹⁷¹ Referência ao Comitê Gestor Intersetorial.

intra-setorial parece ter balizado a fraca participação da educação na dinâmica intersetorial do PBF, mesmo que à revelia da decisão coletiva do Comitê Gestor Intersetorial. Apesar do reconhecimento formal acerca da importância de definição de objeto comum de intervenção no âmbito da ação intersetorial, os profissionais da educação (vinculados ao Comitê Gestor Intersetorial) tiveram dificuldade de mobilização para empreender iniciativas relativas ao PBF, visto que havia nesta arena setorial outros técnicos responsáveis pela tarefa de acompanhar as condicionalidades da educação.

Ademais, com base no depoimento acima, supõe-se que prevaleceu uma dada visão de que a educação já cumpre a sua parte no âmbito do PBF porque o acompanhamento das condicionalidades nesta área está acima de 80% de cobertura. No limite, tal raciocínio aproxima-se de uma concepção instrumental das condicionalidades do programa (controle frequência escolar), não incorporando, portanto o seu objetivo mais amplo que é atuar sobre as várias dimensões da pobreza por que passam as famílias beneficiárias do programa e que devem necessariamente utilizar os serviços das três secretarias comprometidas com articulação intersetorial no município.

Assim, se para os representantes da educação nos colegiados intersetoriais locais o PBF não significava uma grande oportunidade para fazer avançar o processo de implantação de iniciativas intersetoriais no município, para os profissionais da saúde e assistência tomar o Programa como mote da ação intersetorial era algo estratégico, dado os pífios resultados do monitoramento das condicionalidades da saúde e demais desafios postos à assistência social, arena responsável pela coordenação do Bolsa Família.

Entretanto, para proceder a análise da relação do Bolsa Família com a ação intersetorial em curso no município é necessário entender o modo como este Programa concebe a operacionalização de sua dinâmica intersetorial.

5.3.3) O desenho e as estratégias de indução da intersetorialidade no Programa Bolsa Família

Diante da necessidade de intervir sobre o problema da integração de políticas públicas, não há dúvida de que o Bolsa Família apresenta um dos mais imaginativos desenhos de programa social já visto no país. Comparando-o com os programas de transferência de renda que o antecederam, o PBF promove algumas inflexões

importantes, dentre as quais se destaca o objetivo de estimular a articulação institucional seja entre diferentes áreas de um mesmo governo; entre as esferas de governo e ainda entre governo e sociedade¹⁷². A respeito disso, o PBF é definido nos documentos oficiais e no conjunto de sua legislação como:

(..) “uma política intersetorial voltada ao enfrentamento da pobreza, ao apoio público e ao desenvolvimento das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, requerendo, para sua efetividade, a cooperação entre os entes das três esferas da Federação, bem como a coordenação de suas ações” (Portaria Ministerial n.76 / março de 2008).

Assim, ao lado da exigência de condicionalidades, o aspecto da relação interinstitucional é considerado peça-chave para efetivação dos objetivos de articular este programa de transferência de renda ao sistema de proteção social. Sabe-se, no entanto, que há aqui um longo caminho a ser percorrido.

O desenvolvimento de relações intergovernamentais mais cooperativas é uma aspiração que vem se construindo desde a redemocratização do país quando se resgatou as bases federalistas da organização do Estado e se promoveu a descentralização das políticas sociais. Todavia, os estudos que analisam a descentralização de várias políticas públicas mostram que não se trata de tarefa fácil e que os mecanismos de indução são fundamentais para a adesão dos entes subnacionais (Arretche, 2000). No caso do Bolsa Família, como vimos, estão previstas diferentes atribuições para cada esfera de governo com divisão de responsabilidades que devem ser formalizadas com base em um termo de adesão. Entretanto, os profissionais entrevistados enumeram várias dificuldades de relacionamento intergovernamental no âmbito deste Programa, seja porque ele se constitui de forma muito vertical¹⁷³, seja porque o governo federal define um teto financeiro para os municípios com base nas famílias a serem beneficiadas e na dependência dos recursos orçamentários disponíveis para o Programa; ou ainda porque a lógica de implementação do Bolsa Família exige enormes responsabilidades dos municípios em nível de organização, capacidade gerencial e de oferta de serviços sociais sem o correspondente apoio do nível estadual.

Considerando, a importância de relações intergovernamentais mais cooperativas, os resultados dessa pesquisa mostram que os profissionais entrevistados não

¹⁷² O PBF depende fortemente da coordenação interfederativa e da coordenação das ações entre políticas setoriais e entre os entes públicos.

¹⁷³ Aqui se destaca o fato de os municípios não poderem definir quem são os beneficiários do Programa.

reconhecem a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos como uma das instâncias coordenadoras do processo de implementação do Programa. Com efeito, trata-se de uma relação marcada pelo negativo, isto é, pela ausência de diretrizes políticas, pela falta de referência técnica e pelo vazio institucional, o que leva a reflexão de que é preciso entender de modo mais adequado o papel que esta Secretaria vem cumprindo no contexto estadual de implementação do PBF¹⁷⁴. Neste aspecto, segundo dados da pesquisa, os coordenadores do Programa Bolsa Família no setor saúde em Niterói vivenciam outro tipo de experiência e consideram que a coordenação do Bolsa Família na Secretaria Estadual de Saúde tem desempenhado papel crucial na estruturação e organização das ações da saúde no âmbito do Programa.

Às exigências de relações intergovernamentais se associa as requisições de relacionamento intersetorial, um dos pilares centrais do desenho operacional do PBF e anunciado como um dos objetivos do próprio MDS.

De acordo com o arcabouço legal existente¹⁷⁵, a gestão intersetorial do Bolsa Família deve assumir uma lógica de organização baseada na articulação entre diversas instituições desde o nível federal até o local. No âmbito do governo federal, a legislação prevê a criação do Conselho Gestor do Programa Bolsa Família (CGPBF) que pretende abarcar os diferentes ministérios sociais, além da Fazenda e Planejamento. Aqui, a integração intersetorial adquire concepção ampla, uma vez que enseja a participação de vários setores governamentais. Todavia, não há nenhum tipo de informação sobre a execução dessa importante definição legal, donde se pode imaginar que o problema da integração das políticas públicas ainda carece de prioridade no âmbito do governo federal.

Nas esferas estadual e municipal está prevista a formação de um Comitê Intersetorial do PBF, cuja função é articular áreas de política social para monitorar a implementação do programa, notadamente no que se refere ao acompanhamento das condicionalidades. Sendo assim, a indicação é de que estas instâncias colegiadas sejam compostas necessariamente pelas áreas de saúde, educação e assistência, podendo, a critério das esferas de governo, incorporar outras áreas de política social. Comparativamente ao CGPBF, verifica-se aqui diferenças no escopo da composição intersetorial que, por sua vez, apresenta-se mais ampla.

¹⁷⁴ Estas análises se apóiam nas entrevistas realizadas com os membros do Comitê Intergestor do PBF, com profissionais dos CRAS e observação participante.

¹⁷⁵ Esta determinação legal consta do decreto 5.209 de 2004.

No que se refere à definição das estratégias de implementação, o principal mecanismo de indução se traduz no incentivo financeiro – Índice de Gestão Descentralizada (IGD)¹⁷⁶ - para que os municípios, estados e Distrito Federal qualifiquem a gestão do Bolsa Família. Uma das condições para o repasse de recursos é a criação do Comitê Intergestor do PBF (ou de um colegiado intersetorial formado, pelo menos, pela área de assistência, educação e saúde) em cada instância da federação. Os recursos do IGD são repassados do Fundo Nacional de Assistência Social para o Fundo Municipal ou Estadual de Assistência Social, o que tende a colocar a área da assistência social em posição favorável para definir sua utilização.

Em um primeiro momento, este incentivo financeiro esteve direcionado apenas aos municípios e, recentemente, através da Portaria MDS n.76 de 6 de março de 2008, o MDS estabeleceu normas para a concessão de apoio financeiro à gestão estadual do PBF, instituindo para isso o Índice de Gestão Descentralizada Estadual (IGDE).

Como vimos, o Índice de Gestão Descentralizada municipal (IGD)¹⁷⁷, criado em 2006 (Portaria MDS n. 148) objetiva incrementar o acompanhamento das condicionalidades da saúde e educação, assim como ampliar a cobertura do cadastramento (e sua atualização) da população pobre no Cadastro Único. Considerando a fraca institucionalidade da política de assistência social no Brasil e a grande responsabilidade que tem os municípios na implementação do Bolsa Família, não há dúvida de que o IGD tem favorecido o investimento na infra-estrutura das secretarias municipais de assistência social com repercussão positiva em termos de incremento do cadastramento das famílias pobres e maior celeridade na atualização dos cadastros já realizados.

À semelhança do IGD municipal, o objetivo do índice estadual (IGDE) é estimular ações efetivas por parte dos governos estaduais na coordenação integrada do acompanhamento das condicionalidades, assim como incentivar ações municipais para ampliar e manter atualizado o cadastro Único. Os estados também devem criar instâncias colegiadas intersetoriais que tenham, pelo menos, a representação da assistência social, saúde, educação e da área de planejamento. A composição desse

¹⁷⁶ A caracterização do IGD está no capítulo 4.

¹⁷⁷ O IGD municipal varia de 0 a 1 e é composto pelas variáveis relativas às informações sobre frequência escolar, acompanhamento dos beneficiários nos postos de saúde, cadastramento correto e atualização cadastral. Cada uma das quatro variáveis representa 25% do IGD. Este índice pretende estabelecer um *ranking* das experiências de implementação do PBF no nível local, premiando aquelas bem-sucedidas e incentivando a gestão de qualidade através do repasse de recursos financeiros extras para as prefeituras que alcançarem desempenho acima de 0,4 do índice.

colegiado pode ser mais ampla em acordo com a realidade de cada estado.

As variáveis que compõem o IGDE são as mesmas do índice municipal, quais sejam: taxa de cobertura qualificada de acompanhamento de cadastros, taxa de atualização de cadastros, taxa de crianças com informação de frequência escolar e taxa de famílias com agenda da saúde. Desta feita, quanto maior a cobertura das condicionalidades e do número de cadastros da população pobre nos municípios maior será a taxa média do estado e, por conseguinte, o montante dos recursos financeiros recebidos. É de fundamental importância observar os efeitos deste processo indutivo, já que os estados (notadamente o estado do Rio de Janeiro) vêm, até então, apresentando dificuldade para assumirem postura ativa no contexto da implementação do Bolsa Família.

Com efeito, a instituição do IGDE trouxe expectativas de mudança na forma como as Secretarias Estaduais envolvidas na implementação do Programa vinham, até então, se relacionando.

“Então, a idéia que eu percebo aqui com a criação do IGD para o Estado, está tendo toda uma mobilização da Secretaria de Assistência Social na intenção de que o percentual de cobertura do estado seja aumentado. E eles sabem que para isso tem que ter um impacto nas condicionalidades da saúde, porque é o que vem puxando esse percentual pra baixo. E aí nos foi solicitado uma reunião com o superintendente da atenção básica, que é onde nós estamos ligados, com a superintendente lá da Secretaria, justamente para tentar sensibilizar a nível de gestores, pra esse empenho junto aos municípios para elevação dessa cobertura”.(Profissional Secretária Estadual de Saúde 1)

Segundo gestores da Secretaria Estadual de Saúde, no contexto das dificuldades de articulação intersetorial para implementar as condicionalidades nos diversos municípios do estado, a disputa em torno da distribuição dos recursos do IGD é demasiadamente conflituosa, principalmente porque a saúde, em decorrência dos baixos índices de cobertura das suas condicionalidades é, em geral, vista como a área que não contribui para a elevação do montante dos valores recebidos mensalmente. Todavia, esses atores entendem que os recursos recebidos também devem ser investidos na saúde, e não preferencialmente na assistência, uma vez que no setor saúde há enorme carência de recursos e de infra-estrutura que impactam negativamente a cobertura das condicionalidades. Apesar das tensões apontadas, a aposta é de que a implantação do

IGD estadual favoreça a construção de arranjos intersetoriais que favoreçam a negociação e a cooperação¹⁷⁸.

O descompasso de tempo em termos da formulação e implantação de mecanismos de incentivo à qualificação da gestão do PBF para todos os entes governamentais mostra o quanto alguns 'erros' cometidos no processo de descentralização no campo das políticas sociais, notadamente na área da saúde¹⁷⁹, foram, em algum momento, reeditados no âmbito da implementação do PBF. Embora tardiamente, a partir de 2008 o governo federal vem buscando valorizar a instância estadual e seu papel de coordenador regional no âmbito da execução do Programa. Não resta dúvida de que se trata de um olhar diferenciado para a condução do PBF, principalmente porque parece reconhecer que o sucesso de sua implementação depende do incentivo concreto ao estabelecimento de relações intergovernamentais e intersetoriais mais consistentes e cooperativas.

Não se pode esquecer que o único mecanismo de indução da intersetorialidade está consubstanciado no IGD que, por sua vez, tem pretensão de promover incentivos mais amplos que abarcam vários aspectos da gestão do PBF e do Cadastro Único, os quais necessitam de maior qualificação. A questão da ampliação e atualização do cadastro, inclusive para grupos especiais como quilombolas e indígenas, assim como a extensão do cadastro para populações localizadas em regiões de difícil acesso (caso da região amazônica), tem ocupado lugar relevante no sentido de melhorar a implementação do Programa. Não obstante a existência de problemas na gestão do CadÚnico, o resultado deste tipo de indução pode ser verificado em estudos recentes que mostram que o PBF alcançou graus adequados de focalização e está chegando nos bolsões de pobreza do país.

Entretanto, diante do crescente processo de aprimoramento¹⁸⁰ dos mecanismos de gestão e da centralidade da ação intersetorial no discurso oficial do PBF, chama atenção a relativa fragilidade dos incentivos à promoção da intersetorialidade em desenvolvimento até o momento. Ou seja, o que se tem hoje em termos de incentivos

¹⁷⁸ Em entrevista com profissional (vinculado ao PBF) da área da saúde no governo estadual, constatamos forte expectativa de que este mecanismo de indução financeira (IGDE) contribua para alterar as condições atuais de implementação do Programa (principalmente no que se refere ao efetivo funcionamento do Comitê Intergestor Estadual), através de maior parceria entre a Secretaria de Saúde e Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos.

¹⁷⁹ Trata-se de referência a perspectiva de descentralização radical em prol dos municípios.

¹⁸⁰ Uma observação atenta mostra que legislação do PBF, especialmente ao longo dos últimos três anos, veio ganhando complexidade e detalhamento em termos das diretrizes de implantação e implementação do Programa.

parece insuficiente para dar conta do tamanho da tarefa que o objetivo de integrar diferentes setores de governo impõe aos entes sub-nacionais de governo, ao menos que se compreenda as ações intersetoriais apenas na perspectiva da implementação das condicionalidades.

Vale abrir um parêntese para acrescentar que o IGD é um incentivo financeiro que na realidade não está vindo acompanhado de outros tipos de indução, tal como o necessário estímulo à discussão teórica e prática acerca dos desafios de promover a intersectorialidade. É sabido que as dificuldades que cercam as iniciativas de integração de políticas sociais são muito grandes e que a sensibilização de executivos estaduais e municipais, assim como de gestores e profissionais implementadores de políticas públicas é um dos pontos-chave para o sucesso de tal proposição.

Com base nisso, é forçoso reconhecer que as formas de indução da intersectorialidade até então adotadas pelo governo federal encontram-se subsumidas ao objetivo específico de ampliar a cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família. Em outras palavras, a referência à intersectorialidade na dinâmica de implementação do Programa tem acento na articulação (através da criação do Comitê Intergestor do PBF) de áreas específicas de política social diretamente responsáveis pela oferta de serviços sociais que compõem as contrapartidas das famílias beneficiadas. É, então, sob o imperativo de monitorar as condicionalidades que se insere a definição da estratégia de implementação da ação intersectorial do Bolsa Família. Assim, a centralidade das condicionalidades¹⁸¹ no desenho do Programa não vem apenas influenciando a formatação de sua lógica operacional, mas favorecendo um certo reducionismo da concepção de intersectorialidade enunciada na própria normalização do PBF. Essa limitação do sentido da intersectorialidade conformada a partir do modo como as estratégias operacionais do Programa estão desenhadas tende a se constituir em restrição à promessa de o PBF se tornar o eixo articulador de várias políticas públicas e à oportunidade de inserção das famílias beneficiadas na rede de proteção social existente.

Pode-se, então, argumentar que há problemas no desenho das estratégias de indução da intersectorialidade, pois não estão voltadas para o estímulo à coordenação de ações de políticas públicas - sociais e econômicas - na direção do enfrentamento das

¹⁸¹ Como já mencionado neste trabalho, no segundo semestre de 2005 várias reportagens veiculadas nos meios de comunicação denunciavam fraudes no processo de cadastramento e inexistência de acompanhamento do cumprimento das condicionalidades estabelecidas pelo PBF. Tais denúncias influenciaram a formatação atual dos mecanismos de acompanhamento das condicionalidades.

questões sociais, o que inclui, por exemplo, pensar as interseções entre o PBF e as políticas de trabalho. Ao contrário, as estratégias vigentes tendem a favorecer uma compreensão pragmática da ação intersetorial enquanto ação conjunta entre assistência, saúde e educação na perspectiva da construção das condicionalidades. Ademais, como vimos, a ausência de discussão teórica acerca da noção de intersetorialidade potencializa o risco de burocratização desse processo com o fortalecimento do sentido mais corriqueiro e equivocado da noção de intersetorialidade: a idéia de ação conjunta pontual e eventual.

Ainda sobre este ponto, é necessário registrar a debilidade dos mecanismos de indução das ações complementares do Bolsa Família¹⁸² (inclusão produtiva, preparação para o trabalho, micro-crédito, dentre outras) que dependem visceralmente das condições de diálogo e sinergia entre diferentes áreas de política, assim como de relações intergovernamentais mais cooperativas. Na falta de um direcionamento mais claro, as chamadas ações complementares ficam na dependência da capacidade que cada município dispõe para implementá-las.

Neste cenário, os municípios, que já encontram muitas dificuldades para implementar programas sociais (Arretche, 2000), continuam carentes de diretrizes e incentivos consistentes para o planejamento de ações intersetoriais. Esta situação se repete no que diz respeito a outras dimensões da referida articulação institucional, tais como as relações intergovernamentais e entre governo e sociedade. Aliás, esta última dimensão é também da mais alta importância porque incorpora as ações de controle social do programa, um outro ponto que tem recebido pouca atenção por parte dos gestores nos três níveis de governo.

5.3.4) O Comitê Intergestor do Programa Bolsa Família em Niterói

Antes de tratar especificamente do Comitê Intergestor do PBF é interessante mostrar que outras iniciativas locais de articulação intersetorial direcionadas ao acompanhamento das condicionalidades foram idealizadas; algumas foram colocadas em prática outras tiveram muita dificuldade em se concretizar.

¹⁸² Não se está aqui entrando no mérito da complexa discussão entre direito ao trabalho e centralidade da assistência social (traduzidos especialmente nos programas de transferência de renda), mas pretende-se apenas evidenciar que são ações essencialmente intersetoriais.

Destaca-se aqui o esforço do Conselho Municipal de Assistência Social¹⁸³, ainda em 2006, de constituir a sua **Comissão de Acompanhamento e Controle do PBF**¹⁸⁴. A intenção primeira era responder às requisições do controle social - focado no acompanhamento das condicionalidades - com a institucionalização de instância pública de fiscalização do Programa, conforme previsto no arcabouço legal existente.

Esse processo foi bastante problemático, traduzido na dificuldade inicial de compor essa comissão e definir sua relação com a Comissão de Acompanhamento do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (COMPETI) já existente e que vinha acompanhando o desenvolvimento do PETI a partir do CMAS. A idéia dos gestores da época era promover o controle social e o acompanhamento das condicionalidades através de uma única comissão, já que o PETI estava sendo unificado no PBF. Contudo, em razão de conflitos internos e principalmente em função de resistências à incorporação do PETI ao PBF, tal proposta não foi levada a frente e, a partir daí, a estratégia perseguida foi a formação de uma comissão voltada unicamente para o acompanhamento e controle das condicionalidades do PBF¹⁸⁵.

Na prática, contudo, a formatação dessa comissão acabou restrita a representação governamental das áreas de assistência social, saúde e educação. Durante o curto período de funcionamento da Comissão (foram realizadas poucas reuniões no segundo semestre de 2006) constatou-se, através da observação participante, que havia grande desconhecimento por parte de seus representantes acerca dos objetivos, critérios de elegibilidade e normas de funcionamento do Bolsa Família. A primeira iniciativa foi, então, planejar um calendário de discussões sobre a legislação existente, o que de fato não foi cumprido, em razão do esvaziamento da comissão.

Inúmeros fatores concorreram para este acontecimento, mas não resta dúvida de que a saída da então coordenadora local do PBF no final de 2006 teve peso importante na desmobilização da referida comissão. Este ator detinha conhecimento sobre o Programa e a memória técnica da gestão do Bolsa Família no município e, além disso,

¹⁸³ Nesta ocasião a presidente do CMAS era a própria Secretária Municipal de Assistência Social.

¹⁸⁴ Desde 2005 o CMAS vem buscando debater este tema e indicar comissões para estudos, porém é algo até o final de 2008 praticamente não tinha avançado no interior desta instância de controle social.

¹⁸⁵ Em 2005 o CMAS fez indicação de que a Comissão de Acompanhamento e Controle das Condicionalidades do PBF aglutinasse um amplo espectro de representação governamental e não governamental. Ou seja, a intenção era abarcar diferentes áreas de governo (incluindo delegacia regional do Trabalho, secretarias de saúde e educação, etc) até segmentos empresariais como a FIRJAN e associações de moradores e sindicatos. Ressalta-se que o indicativo em termos da composição da Comissão vislumbrava uma perspectiva mais ampla da integração das políticas públicas e da própria condicionalidade e mostrava preocupação com a efetivação das ações complementares (principalmente a inclusão produtiva) pouco incentivada pelo governo federal, conforme já mencionado.

tal fato repercutiu negativamente na condução do Programa como um todo, principalmente porque a larga experiência desse profissional não foi, de imediato, substituída a contento¹⁸⁶. A situação de descontinuidade se agravou com a saída da Secretária de Assistência Social em fevereiro de 2007.

Da observação empírica resulta forte perplexidade com o baixo nível de informação sobre o PBF por parte de instâncias (e atores) fundamentais no seu processo de implementação no ano 2006.

No primeiro semestre de 2007, já em outra gestão¹⁸⁷, se fez nova tentativa de articulação da Comissão de Acompanhamento e Controle do PBF no interior do CMAS, mas a experiência foi igualmente mal sucedida. Com efeito, este fato traz à tona não só as limitações da gestão local do Programa naquele momento, como também a constatação de que as dificuldades de institucionalização do controle social no âmbito do PBF refletem a fragilidade de mobilização social e a pouca tradição democrática do poder público entre nós. Neste mesmo período, a gestão local buscou investir em outras formas de articulação intersetorial que pudessem lograr algum êxito, ficando a questão do controle social secundarizada na agenda de prioridades da gestão do PBF.

Assim, o então coordenador do NBRC, consciente da necessidade de melhorar o nível de informação sobre o PBF e buscar sinergia entre as áreas de políticas sociais envolvidas na gestão do Programa, realizou várias reuniões com os profissionais das áreas de saúde e educação. Vale acrescentar que essas arenas setoriais também demandavam este tipo de aproximação, pois, como vimos, se encontravam imersas em incontáveis dificuldades para acompanhar as condicionalidades.

Foram feitas reuniões específicas com os profissionais das escolas municipais e estaduais, com profissionais do PMF e das unidades básicas e policlínicas. Essa iniciativa foi estratégica para dar início a um diálogo que ajudou a contornar resistências e problemas no processo de condução do Programa. A partir de então se evidenciou maior aceitação do Programa (principalmente no setor saúde), abrindo-se um campo de diálogo que foi fortalecido pelo movimento intersetorial¹⁸⁸ mais amplo já em curso no município.

¹⁸⁶ Somente em fevereiro de 2007 o novo coordenador assumiu a função.

¹⁸⁷ Em fevereiro de 2007 mudou o secretário de assistência social e, após um período de vacância, assumiu outro profissional na coordenação do PBF.

¹⁸⁸ Como veremos a seguir, o 'movimento' intersetorial conta com a participação de vários profissionais da saúde, educação e assistência que atuam tanto em nível de gerência como na execução das políticas sociais em todo o território municipal.

Para se ter a dimensão exata dos desafios postos à coordenação intersetorial do Bolsa Família é interessante registrar os principais questionamentos apontados pelos profissionais nestas reuniões, quais sejam: critérios de seleção do Programa; critérios para definição dos valores pagos às famílias; locais de cadastramento; tempo para começar a receber o benefício, endereços de beneficiários incompletos, papel da assistência na captação dos beneficiados, dúvidas de como deve ser o atendimento de saúde das famílias (pesar, medir todos da família, todos devem passar pelo atendimento médico, pesar crianças acima de 7 anos, como registrar e enviar os dados no sistema de informação, etc).

Além disso, na reunião que o NBRC fez com o PMF ficou sinalizada a indignação de alguns profissionais que foram ameaçados fisicamente por beneficiários que tinham recebido carta de advertência do MDS por descumprimento de condicionalidades. Estes técnicos cobraram veementemente que a Secretaria Municipal de Assistência Social realizasse ações de esclarecimento acerca do papel de cada arena setorial na condução do Programa, considerando que não seria justo que o PMF 'pagasse a conta' da desinformação dos beneficiários e, no limite, da ineficiência da coordenação do Programa. Isto é, existia uma demanda explícita de que os beneficiários tomassem conhecimento de que o PMF - e o setor saúde como um todo - não têm poder de incluir as famílias no Programa.

Nestas reuniões, o representante da Secretaria Municipal de Assistência Social se preocupava em enfatizar o relativo poder que detêm a coordenação municipal no processo decisório do PBF. A análise de gestores da SMAS é de que o Bolsa Família é um programa bastante centralizado no governo federal, haja vista a constatação de que as principais funções do gestor municipal é cadastrar os potenciais beneficiários do Bolsa Família, acompanhar o cumprimento das condicionalidades, bem como executar as ações complementares. Neste caso, vale lembrar, conforme mencionado em outra parte deste trabalho, que cadastrar não significa selecionar os beneficiários do Programa, mas apenas indicar para o governo federal as famílias com perfil Bolsa Família. O nível local também não tem ingerência na definição do número de bolsas destinado ao município, muito embora seja corrente a fala de que o quantitativo é insuficiente porque está calculado a partir de dados de população do IBGE que, por sua vez, estão desatualizados. De igual modo, o gestor local não tem poder no que se refere ao bloqueio, desbloqueio e cancelamento de benefícios.

Embora se reconheça as consequências dessas questões sobre a conformação das relações intergovernamentais, a coordenação municipal do Programa sinaliza que a opção de centralizar decisões fundamentais do Programa no governo federal está relacionada à preocupação em minimizar os riscos de interveniências clientelistas que tendem a perpassar programas sociais como este.

Com vistas à relativizar o conflito instaurado a partir desse fato, a coordenação local do PBF procurou, nas diversas reuniões com profissionais e beneficiários, esclarecer as atribuições de cada ente governamental no processo de implementação do PBF. Mais do que isso, buscou enfatizar os aspectos da gestão sobre os quais o nível local não tem ingerência e, portanto, não pode responder. Tentou-se, assim, minimizar tanto a pressão que profissionais de outras secretarias exerciam sobre o NBRC quanto as demandas que se originavam das famílias beneficiadas (e daquelas potencialmente beneficiárias) sobre a SMAS e demais secretarias envolvidas na implementação local do Bolsa Família. Desta forma, focar as ações do NBRC no esclarecimento das atribuições do município na gestão do Programa era (no período aqui estudado) questão central para administrar conflitos inerentes à especificidade que assume a descentralização do Programa.

Não obstante o esforço empreendido, pode-se dizer que ainda há muita tensão entre saúde e assistência no que se refere a este ponto. Como vimos, profissionais da saúde (notadamente os do PMF) se indignam, com certa frequência, com o fato de não poderem indicar famílias que necessitam do benefício, assim como os técnicos dos CRAS que também acompanham casos de famílias em condições altamente vulneráveis e que não contam com o benefício do Bolsa Família.

A pouca autonomia do município se reflete na dificuldade do NBRC responder várias questões que com frequência apareceram nas reuniões aqui mencionadas, tais como: qual é o tempo médio para a família (depois de inscrita) receber benefício? Segundo depoimento de vários profissionais há famílias que estão inscritas há muito tempo e não recebem o benefício; ao passo que outras que fizeram o cadastramento mais recentemente já receberam o cartão e estão recebendo o benefício.

Reconhece-se que, no período pesquisado, tais perguntas nunca foram elucidadas de forma satisfatória pela coordenação local do Programa, já que não se conseguia obter esclarecimento sobre a lógica utilizada pelo MDS para liberar as bolsas. Apesar da experiência dos implementadores, havia uma tendência da coordenação local

do Programa em considerar que a ordem cronológica do cadastramento (juntamente com a disponibilidade de bolsas) era o critério fundamental de seleção das famílias. Mas, de fato, tratava-se de algo que não se conseguia ter muita clareza. Sendo assim, quanto a esses casos, a orientação era encaminhar os potenciais beneficiários para o NBRC para que essa instância fizesse consulta ao MDS, coisa que nem a saúde e educação poderiam fazer. Aliás, nem os CRAS, pois que não dispunham do sistema de informação necessário¹⁸⁹.

Com efeito, gestores locais da assistência social expressavam que nem sempre o MDS tinha condições de responder as consultas com rapidez, além de que existiam situações específicas em que a gestão federal do Programa ainda não tinha resposta, o que pode ser explicado em razão de que muitas questões foram (e ainda estão sendo) definidas no processo de implementação¹⁹⁰. Interessante notar que durante o ano 2007 persistiu uma dúvida quanto ao tempo de permanência no Programa e, de acordo com o NBRC, esta questão já havia sido objeto de consulta ao MDS sem, contudo, se obter resposta. Some-se a isso o fato de que a Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos não era vista como um interlocutor para dirimir dúvidas da coordenação municipal do Programa, fato que reafirma a fragilidade das relações intergovernamentais e, especialmente, a baixa capacidade operacional dessa esfera de governo na gestão do Programa¹⁹¹.

No caso estudado, a lógica da descentralização do PBF (que impõe enormes responsabilidades aos municípios sem o correspondente poder decisório sobre questões centrais do Programa) aliada às dificuldades inerentes à constituição da política de assistência social, emoldura e aprofunda as tensões no âmbito da dinâmica intersetorial do Programa.

Neste cenário de conflitos, verificou-se que os profissionais envolvidos no movimento mais amplo de articulação intersetorial no município tiveram papel importante na defesa do Bolsa Família por entender que seu desenho operacional é compatível com os anseios de integração das políticas públicas. Ao lado disso,

¹⁸⁹ Isso significava deslocamento do potencial beneficiário (ou beneficiário) ao NBRC que se localiza no centro da cidade. Ademais, como vimos anteriormente, este era outro ponto de conflito entre a Saúde e Assistência Social, uma vez que a saúde se queixava de não ter acesso aos dados (e ao sistema de informação do PBF) necessários à implementação do Programa.

¹⁹⁰ Esta situação está também relacionada à velocidade do processo de implementação do Programa que no início de 2006 já tinha atingido sua meta.

¹⁹¹ Ao contrário dos profissionais da SMAS, os coordenadores municipais do PBF na saúde faziam referências constantes às orientações recebidas da coordenação do PBF na Secretaria Estadual de Saúde.

coordenadores e supervisores do PMF, embora solicitassem uma postura mais efetiva por parte da SMAS, também enxergavam no Bolsa Família potencial para provocar iniciativas intersetoriais em acordo com o princípio da integralidade, tão caro ao modelo assistencial propugnado pelo PMF.

Do ponto de vista do processo de operacionalização da ação intersetorial do PBF, destaca-se a criação do **Comitê Intergestor do Bolsa Família**. Em Niterói, este colegiado existe desde 2006, mas passou a funcionar efetivamente no início de 2007. Organizado no âmbito do Núcleo de Benefício e Renda de Cidadania (NBRC) sua composição se restringe aos representantes das secretarias de assistência (no papel de coordenação), saúde¹⁹² e educação, embora outras áreas - como, por exemplo, a de segurança alimentar que no município constitui uma secretaria especial vinculada diretamente ao prefeito - tenham sido convidadas a participar.

Cabe aqui abrir um parêntese para argumentar que a estruturação das ações de segurança alimentar em instância paralela à Secretaria Municipal de Assistência Social é fato que chama atenção e pontua a interferência das disputas políticas locais sobre as possibilidades de implementação de ações intersetoriais. Registra-se, ademais, que as ações de segurança alimentar em nível nacional são coordenadas por uma secretaria do MDS e sua articulação com o PBF é sabidamente da maior importância.

No entanto, a referida subsecretaria nunca atendeu aos chamados da Secretaria Municipal de Assistência Social para participar do Comitê Intergestor do PBF, tendo inclusive se negado a participar da Comissão de Acompanhamento e Controle do PBF que se pretendeu organizar no âmbito do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) em 2006, conforme já analisado neste trabalho.

Por motivo de força maior, a pesquisa não conseguiu 'ouvir' dos atores diretamente envolvidos na área de segurança alimentar¹⁹³ as razões para o não envolvimento no processo de implementação do PBF. Entretanto, essa ausência sempre provocou certo desconforto em diversos atores locais, haja vista que esta subsecretaria estava incumbida de executar determinadas ações sociais que poderiam potencializar a ação da assistência social e de outras políticas sociais.

No contexto das eleições municipais ficou claro que a dificuldade (e mesmo a ausência) de diálogo entre políticas e programas sociais convergentes tinha origem na

¹⁹² Está prevista a participação de um representante da chamada 'rede convencional' e um do PMF.

¹⁹³ Em razão da proximidade das eleições municipais, infelizmente não houve tempo hábil para realizar entrevista com o responsável pela subsecretaria de Segurança Alimentar, que estava nesse momento se desincompatibilizando para disputar vaga na Câmara Municipal.

disputa entre forças políticas opostas que buscavam hegemonia no interior do partido que, na ocasião, governava o município.

A exposição acima evidencia que, além dos problemas advindos da debilidade das estratégias de implementação formuladas pelo governo federal, a competitividade política exacerbada e predatória (neste caso, no interior de um mesmo partido) se manifesta como um dos dilemas que envolve a dinâmica intersetorial do Bolsa Família.

Ainda sobre o **Comitê Intergestor do PBF**, salienta-se que, ao contrário da assistência social e educação, a saúde ('rede convencional') apresentou certa descontinuidade em termos da participação no Comitê Intergestor do PBF, já que, como vimos, esta função não era ocupada por técnico concursado e sim contratado pela Fundação Municipal de Saúde¹⁹⁴. A representação do PMF, entretanto, permaneceu a mesma durante todo o período pesquisado.

Desde a sua criação este colegiado vem se reunindo mensalmente, com discussões recorrentes sobre como enfrentar as dificuldades de ampliação da cobertura do acompanhamento das condicionalidades, notadamente do setor saúde. A necessidade de ampliar o cadastramento da população pobre do município (bem como a atualização cadastral) também era tema constante das reuniões, embora se caracterizasse como uma atividade que, do ponto de vista prático, envolvia apenas a SMAS.

A coordenação do PBF aproveitou a oportunidade de eventos como 'Plantão Itinerante' e 'Cidadania em Ação'¹⁹⁵ para divulgar para os beneficiários e potenciais beneficiários os critérios de seleção, a agenda de compromissos das famílias (ênfatisando as sanções em caso de inadimplência), além do cadastramento e atualização cadastral¹⁹⁶. O calendário dessas reuniões era apresentado aos integrantes do Comitê Intergestor do PBF e havia um chamado para que a saúde e educação estivessem presentes. Todavia, nem sempre a educação e saúde respondiam a convocação e, de fato, estas ações nunca chegaram a adquirir caráter intersetorial.

Outros procedimentos que pudessem favorecer a melhoria dos índices de cobertura das condicionalidades (e que conseqüentemente pudessem ampliar os recursos a serem captados via IGD) foram adotados. Além das iniciativas citadas, a coordenação

¹⁹⁴ No período que vai de 2006 a início de 2008, três técnicos passaram por este cargo.

¹⁹⁵ Como vimos, tratam-se de eventos da SMAS que, em razão do número insuficiente de CRAS, buscam levar à população alguns serviços dessa Secretaria.

¹⁹⁶ Havia uma preocupação da SMAS em divulgar para os beneficiários do PBF a necessidade de atualizar informações cadastrais, notadamente em casos de nascimento, morte ou acréscimo de renda per capita familiar.

do PBF divulgou, através de cartazes espalhados em diversos locais da cidade, informações acerca da agenda de compromissos das famílias, indicando a necessidade de procurar o posto de saúde e manter frequência escolar.

No entanto, a principal estratégia adotada foi a realização das reuniões descentralizadas do PBF¹⁹⁷, cuja idéia era, através do contato direto com as famílias, sensibilizar para o cumprimento das contrapartidas, esclarecer os objetivos do programa, sanar dúvidas dos beneficiados e divulgar os locais de cadastramento para o Programa. Estas reuniões tiveram início no segundo semestre de 2007¹⁹⁸ e ainda são realizadas em diferentes bairros do município, por isso são conhecidas como 'reuniões descentralizadas do Bolsa Família'. Essas reuniões são realizadas em equipamentos sociais como escolas, policlínicas, associações de moradores e clubes locais.

Durante a observação destes encontros verificou-se que os participantes - beneficiados e não beneficiados - traziam várias dúvidas sobre como fazer o cadastramento e, principalmente, questionavam o valor recebido por não compreenderem os critérios utilizados para cálculo do valor do benefício. Outro ponto de destaque nas reuniões descentralizadas foi o debate acerca da focalização do Programa, questão recorrentemente questionada, pois grande parte dos presentes dizia conhecer um vizinho que estava recebendo o Bolsa Família e não precisava dele. A população presente descrevia casos de famílias beneficiadas que mostravam sinais de “boas condições de vida”, como por exemplo: ter um comércio na comunidade ou favela, ter carro, ou ainda ter um número de filhos menor do que outras famílias candidatas ao recebimento do benefício. Em todas as reuniões o representante da SMAS disponibilizava o telefone do disque denúncia sob alegação de que somente a partir daí a coordenação do Programa poderia investigar a situação e em caso de comprovação de irregularidade, o benefício poderia ser bloqueado¹⁹⁹.

O tema da focalização do programa já foi problematizado anteriormente, mas vale reafirmar que não é possível desconsiderar a relevância deste fato e deixar de refletir sobre o que poderíamos chamar, com cautela, de efeitos inesperados do PBF.

¹⁹⁷ Antes disso, em 2006, a Secretaria de Assistência Social realizou algumas reuniões com as famílias do PBF principalmente nos eventos “Cidadania em Ação”.

¹⁹⁸ Segundo informação do NBRC, em 2007 foram realizadas 31 reuniões. Deste total 17 foram realizadas na zona norte que concentra quase 50% dos beneficiários do PBF. O público participante foi de 2070 pessoas, sendo 1564 beneficiários e 375 não beneficiários PBF. Em 2008, até meados de dezembro, ocorreram 12 reuniões em vários bairros do município, das quais sete na região norte. Nesta região compareceram às reuniões 226 pessoas, entre beneficiários e não beneficiários.

¹⁹⁹ Ação que depende do MDS.

Isto porque as questões levantadas pelos beneficiários (e potenciais beneficiários) demonstram o aguçamento da competitividade entre os pobres, situação que tende a minar as chances de fortalecimento dos laços de solidariedade que engendram as lutas sociais.

No que tange propriamente à dinâmica intersetorial no âmbito das reuniões descentralizadas, nota-se que embora tais reuniões tenham sido concebidas na perspectiva de que fossem coordenadas por representantes das três arenas sociais envolvidas, o que se verificou na prática não foi bem isso. Em verdade, viu-se a presença constante de profissionais da Secretaria de Assistência Social (tanto do NBRC quanto dos CRAS)²⁰⁰ e da saúde, que tiveram participação ativa especialmente nos encontros realizados nas regiões norte e centro da cidade. Já a educação apresentou fraco envolvimento na realização das reuniões descentralizadas.

As análises realizadas sobre a implementação da intersetorialidade no cenário local autorizam argumentar que a dificuldade de diálogo intra-setorial na área de educação repercutiu negativamente na dinâmica intersetorial do Bolsa Família. Embora a educação tenha participado efetivamente das reuniões do **Comitê Intergestor do PBF**, tal envolvimento não se refletiu na condução das reuniões descentralizadas. Cabe dizer que tais reuniões foram, em grande medida, mobilizadas pelo **Comitê Gestor Intersetorial** e suas regionais que, em verdade, envolvia outro grupo de profissionais da educação que, por sua vez, não se articulava com os responsáveis pela gestão do PBF nessa arena setorial. Neste sentido, havia resistências dos profissionais da educação em assumir o PBF como ação prioritária da articulação intersetorial no município. Além do mais, cabe lembrar que o objetivo dessas reuniões era sensibilizar os beneficiários do Programa para o cumprimento das condicionalidades e, nesta ocasião, a Secretaria de Educação já apresentava alto índice de cobertura das condicionalidades, levantando assim o IGD do município²⁰¹.

²⁰⁰ A SMAS coordenou todas as reuniões e os técnicos aproveitavam a oportunidade para divulgar os serviços ofertados pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), já que se trata de um equipamento ainda bastante desconhecido da população, conforme dados da pesquisa realizada por Monnerat & Souza (2008). Interessante a ênfase dada aos meios de acesso ao registro civil, uma vez que havia muitos casos em que não se podia fazer a inscrição no Cadastro Único porque os potenciais beneficiários não tinham documentação completa. Nestas reuniões se distribuía cartilhas informativas do Bolsa Família para a os presentes.

²⁰¹ Dados do MDS mostram que de 2007 a 2009 não houve evolução positiva do IGD de Niterói. No mês de fevereiro de 2007, o município apresentou IGD de 0,70 com índice de condicionalidade da educação de 1,00 e índice de condicionalidade da saúde de 0,22. Já em março de 2009, o índice de condicionalidade da educação foi de 0,91 e o da saúde cresceu um pouco chegando a 0,34, mas o IGD neste mês foi de 0,63. Em fevereiro de 2007, o município recebeu um total de R\$19.064,50 de um teto de

No que se refere à organização das reuniões descentralizadas, em algumas áreas do município houve articulação prévia entre os CRAS, policlínicas e unidades básicas, e PMF. A participação das escolas foi menos citada, porém isto não quer dizer que não houvesse articulação das escolas com outras áreas de política nas diversas regiões do município. De fato, o que ocorreu foi certo afastamento da educação no que diz respeito especificamente à realização das chamadas reuniões descentralizadas do Bolsa Família. No caso estudado, diferentemente das outras áreas de política, a educação parece ter valorizado menos o potencial intersetorial do PBF. Mas, de igual modo, é crucial destacar que os profissionais dessa arena setorial foram protagonistas da ação intersetorial no município, tanto em nível de sua coordenação geral quanto no que diz respeito à participação nas regionais.²⁰²

Chama atenção a falta de diálogo entre o Comitê Intergestor do PBF e o Comitê Gestor intersetorial. Durante a observação participante e no contexto das entrevistas não se observou a existência de canais de comunicação permanente entre estas instâncias e tampouco debate sobre a importância de elaboração de planejamento estratégico (e conjunto) em face da decisão do PBF ser o mote da ação intersetorial local. Com efeito, as pautas do Comitê Intergestor do PBF estiveram recorrentemente voltadas para atacar o problema da baixa cobertura das condicionalidades da saúde, fator de maior constrangimento ao aumento dos recursos repassados ao município através do IGD.

Diante disso, não é demais destacar que o sucesso das reuniões descentralizadas está, em parte²⁰³, relacionado à decisão do 'movimento intersetorial' de abraçar o PBF como prioridade de intervenção no ano 2007. Em outras palavras, as reuniões do Bolsa Família ganharam força a partir da ação do **Comitê Gestor Intersetorial** e de seus comitês regionais, especialmente através da participação dos profissionais da assistência e saúde. De fato, a capacidade de mobilização do **Comitê Intergestor do PBF** era menor do que a do **Comitê Gestor Intersetorial** que apresentava capilaridade em todo o território municipal.

Do ponto de vista da dinâmica intersetorial do PBF, é fundamental que se faça

recursos para apoio à gestão de 27.235,00. Já em março de 2009 os recursos recebidos somaram um total de R\$16.077,60

²⁰² Algumas regionais, desenvolveram outros temas de interesse diferentes dos definidos pelo Comitê Gestor Intersetorial.

²⁰³ Diz-se 'em parte' porque os representantes da assistência social e da saúde (unidades básicas, policlínicas e PMF) no Comitê Intergestor do PBF investiram na mobilização de sua bases fazendo reuniões com os profissionais. O grupo que apresentava maior sintonia interna (entrosamento entre representante do Comitê Intergestor do PBF e representante do Comitê Gestor Intersetorial) era o PMF.

menção à forma de utilização da verba do IGD repassada ao município. O trabalho de campo permite afirmar que o recurso do IGD representou apoio significativo na melhoria das condições de acompanhamento das condicionalidades e da infra-estrutura do NBRC. Tais recursos foram usados para adquirir material permanente e de consumo, além de terem sido confeccionados cartazes e informativos para divulgar o Programa. Em algumas reuniões do Comitê Intergestor discutiu a forma de utilização desse recurso e, dada a precariedade da SMAS, a decisão de investir o IGD na infra-estrutura dessa arena setorial parecia consensual²⁰⁴. Entretanto, constatou-se que este aspecto pode ser motivo de conflitos latentes, uma vez que foram identificadas opiniões que consideravam que os recursos deveriam também ser investidos em outras secretarias que estão com dificuldade para atingir índices satisfatórios de cobertura de condicionalidades, como é o caso da saúde. Com base nisso, é preciso lembrar que a lógica de financiamento do setor saúde já cobre os procedimentos realizados com as famílias beneficiárias do PBF visto que são ações que fazem parte dos tradicionais programas de saúde pública. Entretanto, o setor sofre com a precariedade da rede de serviços e, como vimos, há enorme dificuldade para se fazer visita domiciliar por falta de transporte. Todavia, chama atenção a ausência de tematização desse conflito no interior do Comitê Intergestor do PBF.

No contexto de implementação do PBF em Niterói, a instituição do Comitê Intergestor, apesar dos limites, vem representando tentativa de aproximação entre assistência, saúde e educação. No entanto, é preciso problematizar o fato de que a ação deste Comitê tende a se focar nas reuniões descentralizadas. Sendo assim, não há como negar que, se por um lado, essa estratégia ocupou lugar relevante em uma conjuntura em que era necessário massificar a informação sobre o Programa, por outro, se isso perdurar no tempo pode restringir as possibilidades mais amplas de articulação intersetorial no âmbito do PBF.

Além disso, a observação de campo demonstrou que o **Comitê Intergestor do PBF** não se constituiu (no período pesquisado) como um espaço impulsionador do debate sobre a intersectorialidade e, sobretudo, não tratou de temas relativos ao potencial do PBF para integrar políticas públicas. Tudo indica, então, que tem prevalecido o imperativo pragmático (o que, em parte, está em consonância com a indução

²⁰⁴ Não havia quantitativo de computador suficiente no NBRC e muitos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) não contavam com esse equipamento. O cadastro das famílias no Cadastro Único manuscrito e enviado ao NBRC para digitação. Aliás, em grande parte dos CRAS não tinha telefone.

financeira²⁰⁵ do MDS) de aumentar os índices de acompanhamento das condicionalidades e cobertura do Cadastro Único. A exemplo do governo federal, este colegiado intersetorial não pautou discussões acerca da metodologia de acompanhamento dessas famílias, o que impõe riscos à promessa de intervenção dos serviços sociais sobre as múltiplas vulnerabilidades a que os beneficiários do Bolsa Família estão submetidos.

5.3.5) Entre a cooperação e a competitividade: A visão dos profissionais de saúde sobre a ação intersetorial no âmbito do PBF

Interessa aqui trazer à cena as percepções que os profissionais de saúde têm sobre a intersectorialidade e os desafios à sua implementação.

Independente do lugar institucional ocupado pelos profissionais de saúde, é consensual o entendimento de que a ação isolada dos setores de política social é insuficiente para responder a complexidade das demandas e necessidades dos grupos populacionais que acessam os serviços sociais. Sustenta esta constatação o reconhecimento de que há vários limites na intervenção setorial. A primeira fragilidade seria a ausência de abordagem interdisciplinar dos complexos problemas sociais; além disso, outro ponto bastante destacado é a dispersão de recursos humanos e financeiros em inúmeras intervenções isoladas e muitas vezes sobrepostas em um mesmo público alvo. Esta última percepção ressalta que um dos aspectos favoráveis à gestão intersectorial é a possibilidade de otimizar recursos financeiros e humanos.

A discussão presente nos estudos teóricos atuais ressalta a idéia de que a gestão intersectorial está associada à melhoria da qualidade dos serviços e, conseqüentemente, da qualidade de vida da população. Assim, a complexidade das questões sociais contemporâneas justifica que se lance mão de uma visão integrada para o enfrentamento dos problemas sociais (Junqueira, 1999:27). O trecho seguinte ilustra os argumentos enunciados:

“Intersetorialidade é quando você vem com a perspectiva de trabalhar com os diversos recursos, diversas áreas, instituições, órgãos governamentais. É juntar pra otimizar toda ação que você tem que ter, que vai além da sua área específica”. (...) “A gente não consegue sozinho responder a essa demanda. Eu acho que intersectorialidade é uma união que você faz na busca de juntar recursos que complete a necessidade de solução das demandas”. (Profissional Policlínica1)

²⁰⁵ Vale lembrar que os parâmetros de cálculo do IGD dizem respeito a cobertura das condicionalidades e ampliação do Cadastro Único.

A idéia de que a intersetorialidade é uma iniciativa que surge da experiência prática e é altamente dependente dos atores que implementam as políticas sociais é evidenciada no discurso dos entrevistados. Parece, assim, que quanto mais distante estão as estruturas de governo dos problemas concretos da população menos sensibilidade se tem para com o desenvolvimento de ações intersetoriais. Os trechos abaixo tratam desta questão:

“Eu acho que ação intersetorial é sempre aquela em que a gente pode agregar todos que estão trabalhando no mesmo território e também a própria comunidade. Eu acho que não adianta muitas vezes eu querer comprometer o prefeito lá no gabinete dele, o secretário lá no gabinete dele. Eu acho que o compromisso ele tem que nascer na ação intersetorial, ele tem que estar lá em cima também, no escalão lá de cima, mas eu acho que ele tem que nascer no território”.
(Profissional PMF 5)

(...) “Então, cada vez que a gente compreende que a intersetorialidade acontece no micro, a gente avança dez anos. Num pequeno território, é nas pequenas ações que a intersetorialidade acontece. Porque a intersetorialidade não vem, em hipótese nenhuma, de cima para baixo. Então, isso foi uma coisa que a gente aprendeu, que o grupo aqui da intersetorialidade tem aprendido. E você confiar no outro suficientemente para entender que o outro é responsável também por uma determinada demanda na sua população é um exercício muito difícil, sobretudo na saúde. Porque o pessoal se acha o único, o soberano, o responsável pelas ações de saúde. Para você entender que promoção da saúde são ações intersetoriais, inespecíficas da saúde, capaz de gerar saúde, você acreditar nisso, você entender isso é fácil, mas acreditar nisso é muito difícil. Então, aquele parceiro da assistência social, ele vai ser responsável pela questão de saúde também na sua região”. (Profissional Policlínica 6)

A narrativa acima também pode estar relacionada à falta de expectativa no que diz respeito ao apoio do poder público às ações intersetoriais em curso no município de Niterói. É preciso lembrar que o processo de implementação local da intersetorialidade está marcado pelo protagonismo dos profissionais da 'ponta', sem, contudo, o devido apoio institucional. Apesar da referência a importância do envolvimento dos níveis hierárquicos mais altos na ação intersetorial, a descontinuidade política (principalmente em períodos eleitorais) que vem afetando a gestão das políticas sociais neste município parece reforçar, entre alguns profissionais, a idéia de que a intersetorialidade não pode prescindir da colaboração entre os profissionais executores dos programas sociais.

No entanto, outras visões tratam mais enfaticamente a necessidade de a gestão municipal assumir a diretriz da intersetorialidade em seu programa de governo, no mesmo passo que reconhece a dimensão prática da integração de ações entre setores. Tais ações devem se pautar em problemas concretos identificados em territórios pré-

definidos. O depoimento seguinte ilustra esta perspectiva:

“Primeiro não é uma coisa fácil por cultura, por vaidade e pela perversa estrutura da administração. A administração é pensada em caixas e eu acho que, no aspecto da gestão maior, a intersectorialidade pode passar pela definição de eixos que são comprometidos por todos. No aspecto da operacionalidade, no dia-a-dia, eu acho que ela precisa ser pensada estrategicamente a partir do território. Eu acho que ela é muito mais ... tem possibilidades de avançar mais. Mas não que não tenha uma diretriz da gestão, porque não avança fica no item pessoal. Eu conheço você, que é muito legal, no curso da saúde e aí eu ligo para você e consigo fazer um fluxo, um canal com você. Mas, se isso não tem uma diretriz traçada por normatização, por orientação do gestor, quando eu sair e quando você sair isso não vai acontecer mais”. (Profissional PMF 1)

Além disto, um dos depoimentos citados levanta uma questão pouco enfatizada nas discussões teóricas que é exatamente a necessidade de estabelecer laços de confiança entre os atores envolvidos na execução de políticas públicas para que o diálogo entre os setores se desenvolva. Trata-se de um dos principais desafios da promoção da intersectorialidade visto que se impõe a necessidade de cooperação e revisão das relações de poder e saber cristalizadas em atores e instituições setoriais. Essa análise é reforçada no depoimento acima, do qual se destaca que a “cultura” e a “vaidade”, dentre outras coisas, são elementos que dificultam a integração da ação governamental no nível local.

Importante destacar que a apreensão da temática da intersectorialidade no campo da saúde se dá, em grande medida, via a disseminação das discussões em torno da proposta de ‘Promoção da Saúde’. Como se verá adiante, embora os profissionais ligados ao PMF apresentem maior domínio e preocupação com a prática intersectorial, pode-se afirmar que todos os entrevistados têm clareza do debate atual e dos dilemas da implementação da intersectorialidade. Acrescenta-se, assim, que a experiência do ‘movimento intersectorial’ no município reforçou a disseminação desse tema não somente entre os profissionais da saúde, mas também da educação e assistência social.

Analisando ainda o conteúdo dos depoimentos transcritos, o fragmento de texto que diz que “o pessoal da saúde se acha o único, o soberano e responsável pelas ações de saúde” permite que se explore a discussão acerca de como a saúde se coloca diante da proposta de promoção da intersectorialidade. Sobre este aspecto, cabe frisar que prevalece nesta arena setorial uma compreensão de intersectorialidade que se traduz como a articulação de ações entre vários setores para alcançar melhores resultados de saúde, ou seja, a perspectiva é alcançar um nível de coordenação entre instituições para

assim abordar um problema vinculado à saúde. Como já analisado em outra parte deste trabalho, o setor saúde, ao longo de sua constituição histórica, consolidou uma visão bastante endógena da intersetorialidade na qual se compreende que outras áreas de políticas públicas (e também iniciativas públicas não estatais) devem se unir aos profissionais de saúde para atuar sobre problemáticas já identificadas pelos gestores desta arena setorial. O principal problema aqui sinalizado é que o objeto de intervenção intersetorial já estaria previamente definido, demonstrando dificuldade de exercitar a interdisciplinaridade através da construção de estratégias de planejamento conjunto que levem a definição de prioridades para a ação intersetorial.

A pesquisa revela ainda que a definição de prioridades ou a construção de um objeto comum de intervenção (Andrade, 2006) se apresenta como um dos grandes desafios postos à articulação intersetorial.

“Eu acho que um outro fator que dificulta o trabalho (intersetorial) e que também não tem muita fórmula pra gente, eu acho que é fazendo que a gente vai aprendendo, é como a gente conseguir agregar os atores em cima de uma idéia. Porque eu acho assim, tem muita gente fazendo muita coisa nos territórios, mas, muitas vezes, elas estão voltadas para suas próprias idéias e cada um com idéias diferentes. A gente ser capaz de conseguir congregas as pessoas em torno de uma mesma proposta não é uma tarefa nem sempre simples”. (Profissional PMF 3)

Na mesma linha de raciocínio, a ‘fala’ que segue expressa a condição contraditória das relações que envolvem a implementação da intersetorialidade no campo da política social, isto é, revela o equilíbrio instável entre competitividade e cooperação, dilema crucial por que passa grande parte dos profissionais envolvidos neste tipo de experiência.

“Eu acho que existe uma questão de qualificação profissional mesmo no sentido de as pessoas se prenderem muito às suas especializações, ao que fazem, e não têm uma visão, por exemplo, da política social como um todo. Como eu posso transformar essa ação integrando saberes no sentido coletivo? Eu integro, mas eu acho que o meu é até aqui, o seu é pra lá, eu não consigo abrir a troca de saberes sem que isso ameace o meu status”. (Profissional PMF 4)

Na esteira do entendimento de que é preciso desenvolver a confiança entre os atores que atuam no que se chama de ‘ponta do sistema’, Mendes (1996) reitera que a ação intersetorial deve reconhecer os diferentes domínios setoriais e, através da predisposição ao diálogo e à comunicação, possibilitar a construção de uma síntese de

saberes e práticas. No entanto, trata-se de um processo que exige maturação visto que resulta de intenso exercício de negociação política entre diferentes atores que têm formação profissional distinta e, além de tudo, muito especializada. Com efeito, está-se diante do desafio de reconstruir as relações pautadas na competitividade política e técnica e buscar a cooperação negociada, requisito fundante da prática intersetorial.

Os resultados da pesquisa também levam à constatação de que os profissionais entrevistados compreendem que a intersetorialidade está diretamente relacionada ao processo recente de descentralização da política social e à necessidade de definição de territórios comuns de atuação, a partir da utilização do planejamento estratégico. Igualmente, nota-se, entre os profissionais, a fragilidade do debate sobre o conceito de território, o que, de fato, carece de aprofundamento, inclusive no âmbito da literatura voltada para o estudo da gestão intersetorial.

Quando indagado sobre as dificuldades existentes para implementação da ação intersetorial verifica-se que um dos entrevistados sustenta que a falta de estrutura é o que mais interfere nesse processo, ao passo que, de modo geral, os profissionais se mostram abertos a colaborar na execução de ações integradas.

“A maior dificuldade? Acho que a falta de estrutura em algumas situações, porque existe a boa vontade das pessoas de estar ajudando e às vezes a estrutura que não favorece”. De oferta de serviços, porque nem sempre dá pra você estar atendendo a todos que você encaminha, por exemplo. Eu acho que é mais uma questão de oferta de serviços mesmo”. (Profissional Unidade Básica 5)

Além do exposto acima, identificam-se visões que pontuam outros tipos de resistências e obstáculos ao desenvolvimento da integração entre setores de política social. Assim, embora a intersetorialidade constitua um tema emergente na agenda da política social, a ausência de apoio político ainda é um dos elementos dificultadores deste tipo de ação no nível local.

“Não vou afirmar se existe estímulo político verdadeiramente de acreditar que isso é fundamental. Mas eu acho que está sendo colocado hoje nacionalmente que eles cansam de investir na intersetorialidade. Esse termo há pouco tempo atrás a gente falava: o que é isso? Não se tinha muita clareza. Hoje, se coloca como fundamental. No município a gente percebe que esse debate vem crescendo de importância, da gente agregar as ações até pra não deixar muito claro talvez a deficiência das diferentes áreas”. (Profissional PMF 4)

Em certa medida, a intersetorialidade é vista também como uma estratégia que 'encobre' as deficiências dos setores, haja vista os graves problemas de resolutividade

dos serviços nas diferentes áreas de política social, apontando assim como alternativa a racionalização e a otimização de recursos, em detrimento de mudanças mais substanciais.

Outro aspecto, percebido por um profissional do PMF, diz respeito à afirmação de que, em geral, as propostas de intervenção social dos profissionais (ou dos governos) pecam por se apresentarem descoladas da realidade e dos interesses da população. Este fato remete à constatação de que a intersetorialidade é concebida como algo que exige inflexões apenas na forma de relacionamento entre as diferentes áreas de políticas públicas estatais, o que coloca em segundo plano a necessidade de articulação com a sociedade civil. Cabe notar que na literatura disponível há carência de enfoques mais específicos quanto a essa questão, assim como sobre as possibilidades de se pensar a intersetorialidade também pela via da construção de ações conjuntas entre os diversos conselhos de políticas públicas existentes.

“E eu acho que o outro grande dificultador é que as instituições, muitas vezes, elas entram nas comunidades a partir de projetos muito prontos, e isso aí faz com que elas venham com um pacote de ofertas que pode não ser o desejado por aquela comunidade”. (Profissional PMF 3)

Como mencionado, embora os profissionais entrevistados tenham conhecimento do debate atual sobre a intersetorialidade, é entre os profissionais do PMF que o tema adquire centralidade. Tal receptividade é constatada tanto no conhecimento apurado que os profissionais do programa demonstram ter sobre o tema quanto no convencimento desses atores acerca da adequação da intersetorialidade enquanto estratégia de gestão governamental no campo social. De fato, o desenho operacional e as estratégias de implementação do PMF são altamente favoráveis ao desenvolvimento de propostas de integração de políticas públicas locais, em razão, principalmente, de seu modelo assistencial. Apesar das dificuldades de se imprimir uma lógica diferenciada ao modelo médico hegemônico, a perspectiva de adscrição territorial contribui para minimizar a força da tradição setorial das políticas sociais. Ademais, o vínculo com famílias e (aliada à referência teórico-metodológica que informa o PMF) tornam a busca de articulação intersetorial um imperativo para o desenvolvimento do trabalho junto às famílias.

“Essas articulações começaram a se colocar como necessárias muito mais por isso, ou seja, pela quantidade de situações recorrentes de demandas que aconteceram nessas áreas de risco e que a gente viu que sozinho a gente não iria conseguir resolver”. (Profissional PMF7)

Esta peculiaridade do PMF é também reconhecida por profissionais da chamada ‘rede convencional’ que assumem que a experiência desse Programa tem contribuído para fomentar o debate e o diálogo entre os setores de política social. O trecho abaixo toca neste ponto:

“Quando você vem com a implantação do Médico de Família, ele basicamente trabalha com a questão da promoção da saúde. Quando você fala da promoção da saúde, com certeza você trabalha com uma ação intersetorial”(…). (...) “Agora a tendência nossa, na verdade, foi começar a entrar com o modelo e com a metodologia do Médico de Família dentro da rede assistencial, da rede convencional. E aos poucos absorver alguns aspectos dessa lógica, dessa experiência”. (Profissional Policlínica 1)

Com efeito, o diferencial inscrito no modelo assistencial do Programa Médico de Família parece vir repercutindo em outras arenas da política pública local, notadamente no que se refere à transferência de conhecimentos e instrumental metodológico próprio²⁰⁶.

No âmbito do Programa Médico de Família (PMF), a intersetorialidade é reconhecida como uma estratégia fundamental para imprimir maior eficácia em termos das respostas às complexas demandas sociais postas pelas famílias atendidas. Assim, este Programa apresenta histórico de busca de diálogo com outras áreas de política cuja referência teórica pauta-se no princípio da atenção integral propugnada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e na perspectiva da Promoção da Saúde.

Não obstante o entendimento corrente de que há um esforço enorme para se avançar no diálogo intersetorial, admite-se, que existem importantes impasses a serem superados no município. Gestores do PMF sinalizam que o desenvolvimento de ações intersetoriais esbarra em obstáculos de toda ordem: financiamento (ausência de orçamento próprio para as atividades intersetoriais), técnicos e políticos e cultural. Se considerarmos os argumentos de Andrade (2006), a intersetorialidade deve ter como

²⁰⁶ Em entrevista com um profissional de um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que tem como população adscrita a mesma de um dado módulo do PMF, constatou-se que a metodologia do PMF foi aplicada para cadastrar as famílias residentes na área adscrita, assim como para organizar os serviços desse equipamento social.

base de sustentação o planejamento conjunto e a definição de um objeto comum de atuação, requisitos não desenvolvidos no caso aqui estudado. Necessário se faz, então, ultrapassar a lógica prevaiente de parcerias pontuais e construir condições técnicas e políticas para planejar conjuntamente intervenções sociais que sejam sustentáveis no tempo. De igual modo, a intersetorialidade não pode se resumir às iniciativas de alguns setores de políticas, além de que é preciso que se traduza em uma proposta de gestão governamental.

Na parte que segue demonstra-se a visão dos profissionais de saúde acerca da relação entre o Programa Bolsa Família e as iniciativas intersetoriais em curso no município. Sob este aspecto, os profissionais do Médico de Família, Policlínica ou das Unidades Básicas atestam que o Bolsa Família potencializou e, em algumas situações, até mesmo induziu a aproximação entre as políticas setoriais envolvidas no acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família.

(...) “Na verdade, essa questão da intersetorialidade, essa troca sempre existiu. A Assistência, a Previdência, enfim, a Educação. Então, a gente sempre trocou muito um com o outro. O Bolsa Família acirra de qualquer forma essa relação. Porque o Bolsa Família ele não deixa dúvidas, ele envolve todo mundo. Mesmo que não tivesse nenhum tipo de relação intersetorial agora teria que ter”. (Profissional PMF 2)

“Aqui coincidiu. Veio junto. Em outras regionais, ele, muitas das vezes, alavancou, ele potencializou. Na verdade, determinadas ações que já existiam ou estavam ainda muito incipientes, ele potencializou.” (Profissional Policlínica 1)

“Eu acho que ajudou, mas principalmente com a assistência, eu sinto assim que aproximou. A gente tem reunido muito, até mesmo aqui na regional, ano passado a gente teve alguns encontros para discutir essa questão do Bolsa Família. Nós fizemos algumas reuniões com a própria comunidade. (...) “O Bolsa Família, eu não posso afirmar que foi a única coisa, mas ajudou muito. Uniu e tem sido uma integração muito interessante, tem sido um trabalho muito bom”. (Profissional Unidade Básica)

A percepção acerca do grau de importância da relação entre o PBF e o 'movimento intersetorial' local varia de acordo com a heterogeneidade dessa experiência nas diversas regiões do município. Ou seja, os profissionais das regionais que já desenvolviam ações intersetoriais sob a coordenação do **Comitê Gestor Intersetorial** avaliam que o PBF potencializou o diálogo e selou compromissos entre as três arenas setoriais envolvidas no acompanhamento das contrapartidas do Programa; já nas regiões com maior dificuldade de articulação, o Bolsa Família, em certa medida, se configurou

como o mote propulsor da ação intersetorial.

No contexto da pesquisa, sobressai a constatação de que a maioria dos profissionais são conhecedores da existência das ações do Comitê Intersetorial e expressam bem a relação entre o PBF e essas ações em curso no município. Todavia, é necessário sinalizar que, do ponto de vista da experiência de alguns entrevistados, a ação intersetorial e o PBF encontram-se demasiadamente entrelaçados e chegam, às vezes, até a se confundir. Sobre este aspecto, enfatiza-se que um profissional da Secretaria de Assistência Social (lotado em um dos CRAS do município) relata em entrevista concedida a esta pesquisa que havia um esforço enorme dos coordenadores de um dos Comitês Regionais do 'movimento intersetorial' no sentido de esclarecer a distinção entre a proposta de articulação intersetorial propugnada pelo Comitê Gestor Intersetorial e as ações específicas relacionadas ao PBF. O problema de confundir o PBF com o 'movimento intersetorial' é que se corre o risco de reduzir este último às demandas institucionais do PBF. Interessante notar que esta tensão foi rapidamente identificada pelos membros do Comitê Gestor Intersetorial que passaram a se dedicar a tarefa de esclarecer que o PBF era um dos pontos da pauta de debate e de ação deste colegiado.

No entanto, é preciso reconhecer que ambas as iniciativas encontram-se fortemente imbricadas. Isto é, a ação intersetorial se dissemina e ganha maior visibilidade quando se assume o Bolsa Família como ação unificada para articulação intersetorial, sendo este momento crucial para que a proposta intersetorial adquirisse certa uniformidade e agregasse um número maior de atores em prol desse tipo de articulação. Ao mesmo tempo, como visto, a capilaridade do Comitê Gestor Intersetorial foi fundamental para potencializar as ações em torno do PBF.

Embora seja possível questionar se a priorização do PBF na agenda do Comitê Gestor Intersetorial impôs uma demanda institucional restrita para a ação intersetorial²⁰⁷, não resta dúvida de que esta escolha, além de ter favorecido a execução do Bolsa Família, também contribuiu para dar corpo a curta experiência intersetorial no município. Neste caso, o desenho intersetorial do PBF, ao definir previamente uma sistemática de como os setores devem se articular para acompanhar as condicionalidades, facilitou o planejamento de ações conjuntas, principalmente nas regionais que apresentavam maior dificuldade de integração.

²⁰⁷ Os profissionais da educação consideravam que havia outras demandas emergentes nos territórios que não exatamente o PBF.

No âmbito deste processo, reforça-se a análise de que o Comitê Gestor Intersetorial, em função de sua forma de organização descentralizada e sua capilaridade, foi fundamental para divulgar o Bolsa Família entre os profissionais envolvidos em sua implementação. Ao contrário, identifica-se que os profissionais têm pouco conhecimento acerca da existência do **Comitê Intergestor do PBF**, instância cuja função é coordenar a dinâmica intersetorial do PBF. Sem dúvida, trata-se de uma situação que indica que esse colegiado vem tendo fraca repercussão junto aos profissionais do município. Os representantes das três secretarias neste Comitê são reconhecidos como gestores do Bolsa Família em cada uma das secretarias envolvidas no Programa e não como membros do referido Comitê.

Cabe sinalizar também que a experiência com o Bolsa Família oportunizou aprendizados que foram transpostos para outras ações intersetoriais. É o caso, por exemplo, de uma regional da zona norte do município que, na ocasião da pesquisa, começava a discutir a possibilidade de utilizar a mesma lógica de articulação para programar ações de prevenção contra a dengue. Assim, a ação do Comitê Gestor Intersetorial e a dinâmica intersetorial do PBF, propiciaram o estabelecimento de um nível de diálogo entre as áreas da saúde, assistência e educação que, segundo os depoentes, não existia antes.

Nesta direção, a possibilidade de estreitar relações com os profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social é outro elemento valorizado e anunciado como uma novidade pelos profissionais entrevistados. Tal aspecto é percebido como um dos efeitos positivos da dinâmica intersetorial do PBF, marcado sobretudo pela experiência de realização das reuniões descentralizadas com as famílias beneficiárias.

Em direção similar, a melhoria do nível de informação sobre Bolsa Família é atribuído ao incremento do diálogo entre saúde e assistência social, conforme se verifica nos relatos que seguem:

“(...) “Eu acho que tem duas coisas que foram fundamentais para melhorar o nível de informação sobre o Programa: uma é que no ano passado o município deu início a um trabalho intersetorial que foi puxado pela Secretaria de Saúde, Educação e Assistência Social, na qual se montou um grupo de trabalho intersetorial que junta as chefias e coordenações dos serviços. (...)“E nesse processo de reuniões a gente vem conseguindo dialogar mais, e tem eleito em alguns momentos a priorização da gente conversar sobre o Bolsa Família e poder levar informações para nossas equipes de ponta”. (...) “Outra coisa que eu acho que também aconteceu é que a gente passou a ter uma conversa bem direta com os CRAS locais. No começo do ano a gente teve uma certa desorganização da

assistência social no município, algumas chefias mudaram, algumas equipes foram desmontadas e a coisa ficou meio confusa e depois do meio do ano pra cá, novamente a gente passou a ter os CRAS funcionando. A gente pode verificar que essa é a assistente social do CRAS que é da minha área e isso facilita muito porque aí as equipes tem a quem se dirigir no momento que a gente precisar de ajuda”. (Profissional PMF 7)

Independente das incontáveis dificuldades de implementação do SUAS no município (que, como vimos, interferem sobremaneira no avanço do PBF), nas regiões que estes equipamentos estão implantados o diálogo intersetorial é, de certo modo, facilitado.

Relevante notar que a história de implantação de um dos CRAS no município associa-se fortemente à articulação intersetorial realizada em dada localidade. O texto abaixo dá detalhes da ocorrência desse processo, no mesmo passo em que mostra o quanto os profissionais de saúde envolvidos no 'movimento intersetorial' têm conhecimento das mudanças recentes na política de assistência social.

(...)” A política de assistência social com o advento do SUAS reforçou essa questão do território também e traz, por exemplo, um drama que nós vivemos aqui e eu acho que o trabalho intersetorial ajudou muito” (...). “Na verdade, o CRAS do centro não existia. Tinha o CRAS da Boa União (que servia o pessoal da Boa União²⁰⁸, Vila Izabel, mas que também era referência para gente aqui no Triângulo até o centro da cidade. Uma coisa completamente absurda. Então, de tanto a gente discutir, da gente falar, é claro que eles já estavam sensíveis à necessidade de um CRAS no Centro, mas também a intersetorialidade faz aparecer esses furos em um nível mais elevado. Então, a gente já está com um endereço do CRAS aqui perto do Extra, que é mais no Centro. Então, isso (a intersetorialidade) faz com que apareçam os furos, se revele também as necessidades. E também se resolve coisas no micro, é muito interessante”. (Profissional Policlínica 6)

Como já observado, as fragilidades da política de assistência social ficaram muito nítidas neste processo de articulação entre os setores de saúde, educação e assistência, seja no âmbito das ações específicas do PBF ou não. Embora os profissionais da assistência tenham enorme sensibilidade e necessitem de parcerias para desenvolver o seu trabalho, precariedades de toda ordem fazem com que essa arena setorial tenha muita dificuldade em assumir responsabilidades e liderança efetiva na organização de ações interssetoriais nas diferentes regionais do município.

Diferentemente do pensamento corrente, chama atenção a possibilidade de as iniciativas interssetoriais fortalecerem as arenas setoriais, mostrando que não é preciso

²⁰⁸

Nome fictício.

diluir as especificidades das áreas de políticas já regulamentadas para promover a intersectorialidade. Ao contrário, o exemplo da criação deste CRAS em Niterói revela que o sucesso da intersectorialidade depende, dentre outras coisas, da adequada estruturação das diversas áreas governamentais envolvidas na política social. No caso estudado, a fraca institucionalidade da assistência social apresenta-se como um ponto negativo para a implementação local de programas e políticas sob a lógica intersectorial. O mais interessante é que os atores diretamente envolvidos nessa experiência perceberam isso de forma clara.

Apesar do reconhecimento de que o PBF vem favorecendo importantes aprendizados em termos da articulação interinstitucional, as limitações desse processo são percebidas no cotidiano da intervenção dos profissionais de saúde e da assistência social. Sob essa perspectiva, persistem a dificuldade de exercitar a interdisciplinariedade, assim como, do ponto de vista prático, verifica-se que a aproximação entre os setores encontra-se, em grande medida, restrita à troca de informação sobre os serviços ofertados e aos encaminhamentos que, a rigor, servem a uma certa racionalização das intervenções, sem efetivamente atender as demandas por ampliação dos direitos.

Alguns profissionais destacam que a falta de tempo é um elemento que tem dificultado o desenvolvimento de ações intersectoriais. Este aspecto é recorrente entre os profissionais da 'rede', não havendo, entretanto, por parte dos profissionais do PMF nenhuma menção acerca dessa questão. Isso é compreensível porque o modelo assistencial do PMF incorpora formalmente em seu processo de trabalho a ótica intersectorial, ao passo que o mesmo não ocorre nas unidades básicas de saúde e policlínicas. De modo geral, no âmbito desses estabelecimentos de saúde, a articulação intersectorial é mais dependente das iniciativas dos profissionais e, por isso, se constitui, na maioria das situações, como um trabalho extra, não demandado institucionalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo procede-se a análise de implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando elementos favoráveis e desfavoráveis postos a este processo no nível local. Para além do exame da repercussão do Bolsa Família na organização dos serviços de saúde e das possíveis interferências nas condições atuais de acessibilidade, este trabalho contribui para o debate mais geral acerca dos desafios de operacionalização dos Programas de Transferência Condicionada de Renda no país, mormente no que se refere às promessas de estimular a articulação das políticas públicas através das condicionalidades e de seu desenho intersetorial. Da análise construída extraem-se agora as principais conclusões.

I

A preocupação em prover assistência social aos mais pobres acompanha a história da formação e posterior desenvolvimento do capitalismo. A ruptura com os padrões de relações típicas da ordem feudal e a visibilidade e emergência da pobreza enquanto questão social introduziram, desde cedo, o debate sobre a associação entre assistência e trabalho.

Rupturas com esta lógica são gestadas ao final do século XIX, no contexto da emergência do operariado como ator político e do conseqüente processo de lutas pelo reconhecimento dos direitos políticos. Gradativamente o Estado vai adquirindo papel central na regulação da vida social e a constituição *do Welfare State* representa a institucionalização de um relativo consenso acerca da noção de pobreza como uma questão social, sendo dever do Estado equacioná-la.

A despeito das condições macroeconômicas favoráveis de vários países que desenvolveram o *Welfare State* no século XX, o avanço dos direitos de cidadania conformou, ao menos na Europa, generosos sistemas de proteção social que, na sua concepção, desvincularam a relação tradicional entre assistência e trabalho e instituíram programas sociais universais e sem condicionalidades.

Todavia, no cenário recente marcado pela reestruturação do mundo do trabalho e pela chamada crise do *Welfare State*, o debate sobre as relações entre assistência e

trabalho vem sendo retomado a partir do enfoque sobre os desafios da inserção social, o que implica, para alguns estudiosos, redimensionar a noção clássica de direito social. No âmbito deste processo, ganha destaque o desenvolvimento de experiências de transferência condicionada de renda que recupera, sob novas bases, a polêmica em torno da inserção social e da cobrança de contrapartidas dos beneficiários.

Em termos gerais, as propostas de programas de transferência de renda (renda mínima e renda básica) que surgem se diferenciam basicamente pela forma de conceber as relações entre renda e trabalho, condicionalidade e incondicionalidade, focalização e universalidade, ou ainda se adota a perspectiva da substituição ou complementariedade ao sistema de proteção existente.

Embora se observe uma diversidade de propostas, o que tem prevalecido do ponto de vista prático é o desenvolvimento de programas de renda mínima com características focais (dirigidos àqueles afetados pelo processo de precarização do trabalho), com exigência de condicionalidades (geralmente vinculada ao trabalho) e complementar (e não substitutiva) ao sistema de proteção social.

As críticas à alocação universal ou à renda básica - principalmente acerca da proposta de Renda Básica Incondicional de Van Parijs (1996) - vão na direção de demarcar os riscos de dissociação da renda do trabalho nos processos de integração e inserção sociais, já que se considera que o trabalho ainda é central na conformação de identidades na atualidade. Rosanvallon (1996), um dos principais defensores desta perspectiva, argumenta que repensar as relações entre direitos sociais, renda e trabalho implica justamente entender os impactos da crise do trabalho nas redes de sociabilidade e nos circuitos de reciprocidade social. Ademais, para este autor, a cidadania passiva alimentada pelo *Welfare State* teria reforçado o papel do Estado como principal agente da solidariedade e enfraquecido os circuitos de responsabilização social. Deste modo, a perspectiva de universalização dos benefícios sociais sem contrapartida ou envolvimento dos atores sociais não seria capaz de solucionar os problemas ligados à chamada 'nova pobreza'. Nesta direção a proposta de renda mínima referenciada na vertente da inserção social é, na visão de Rosanvallon (1998), uma nova concepção de direito social.

A principal expressão da vertente de inserção social é o Programa Renda Mínima de Inserção (RMI) instituído na França em 1988, o qual utiliza testes de meios e exige contrapartida em termos da inserção no mercado de trabalho.

Nos Estados Unidos, sob inspiração da corrente liberal, verifica-se o desenvolvimento, desde os anos 1980, de experiências de renda mínima que também condicionam a prestação da assistência social ao exercício de algum tipo de trabalho, em geral bastante associada à idéia *workfare*.

Assinala-se que a principal clivagem entre as políticas de inserção social promovidas nos Estados Unidos e na Europa, a partir principalmente dos anos 1990, se origina, fundamentalmente, dos diferentes tipos de Estado de Bem-Estar erigidos nestas regiões. Nos Estados Unidos, se consolidou um modelo de *welfare* residual, cuja lógica liberal de não intervenção estatal produziu um tipo de política de **inserção estrita**. Na Europa, ao contrário, a experiência dos programas de inserção social foi desenvolvida sob a cultura e tradição de um *Welfare State* universal – redistributivo – o que trouxe, possibilidades mais fecundas para se pensar o redimensionamento dos direitos sociais e da (re)inserção no mundo do trabalho. Assim, o programa de inserção francês apresenta a qualidade de conjugar o direito social (acessível a todos aqueles que estão excluídos) a um contrato, visto que exige contrapartidas, as quais representam uma nova forma de relação entre indivíduo e sociedade que também se responsabiliza pela inserção social (Rosanvallon, 1996).

Com base em outras perspectivas de análise, a exigência de celebração de um contrato nega o direito de cidadania e pode facilitar o desenvolvimento de controle rígido sobre os beneficiários, sendo também uma forma de estigmatização social. Chama atenção também a crítica à visão reducionista da inserção enquanto possibilidade de empregar as pessoas em empresas e instituições em detrimento de se pensar a inserção como processo amplo e permanente de cada indivíduo.

Na maioria dos países latino-americanos, a questão da contrapartida/condicionalidade presente nos programas de transferência de renda (como são comumente denominados nesta região) assume recortes um pouco diferentes quando comparados com a perspectiva de inserção social acima descritas. Assim, em nosso continente predomina a lógica de cobrança de contrapartidas no sentido da inserção nos serviços sociais, especialmente educação e saúde. A premissa é de que existem fortes iniquidades de acesso que se reportam às condições mais gerais de pobreza e desigualdade social, as quais interferem no modo de integração social. A exigência de inserção nos serviços de educação e saúde para permanecer beneficiário dos programas de transferência de renda está vinculada à idéia de promover capacidades

e habilidades (intelectuais, formação profissional, recuperação de laços sociais, etc) buscando, assim, intervir sobre a “privação de capacidades” (Sen, 2000) e, conseqüentemente, impactar outras dimensões da pobreza para além da insuficiência de renda.

Não há dúvida de que estas perspectivas acerca da inserção social estão relacionadas num plano mais geral às diferenças do grau de desigualdade social entre as sociedades em questão e, num plano mais específico, articulam-se às fragilidades de constituição dos sistemas de proteção social no continente latino-americano.

II

No Brasil as mudanças ligadas à reestruturação do mundo do trabalho e o agravamento da pobreza se tornam ainda mais complexas diante da fragilidade de nosso sistema de proteção social e da ausência de resolução de antigas formas de exclusão social, as quais requerem a combinação de ações emergenciais e estruturais.

É, então, no contexto de iniciativas que visam superar tais problemas através de reformas no arcabouço institucional das políticas sociais que surgem as primeiras experiências de programas de renda mínima.

Nos anos 1990, estes programas constituem-se na principal estratégia de enfrentamento da pobreza dos governos municipais e estaduais e do governo federal, já nos anos 2000. Importante lembrar que os Programas de transferência de renda ganham destaque na agenda municipal em momento que os executivos municipais dispunham de relativa autonomia financeira e política, resultante do processo de descentralização das políticas sociais.

Nesta ocasião, embora a proposta inicial discutida no país fosse a institucionalização de uma renda mínima individual sob a forma de imposto negativo, a modalidade de programa que se estrutura e ganha força nos municípios caracteriza-se basicamente pela transferência de renda voltada para as famílias pobres com filhos em idade escolar e com condicionalidades na rede pública de educação.

Os avanços e deficiências produzidos no contexto das experiências pioneiras dos programas de transferência de renda municipais e estaduais serviram de aprendizado para outras iniciativas. Destacam-se como positivo a perspectiva de articulação dos programas com o sistema de proteção social e o foco na família, ao mesmo tempo em

que as diferenças de capacidade financeira geraram iniquidades marcada pela fraca capacidade de muitos municípios implantarem tais programas.

Além disso, embora estes programas tenham alcançado um nível mais amplo de focalização (na população com maiores necessidades) do que outros programas sociais brasileiros, ainda assim permaneceram restritos à pobreza extrema. Diante disso, Silva (2001) chama a atenção para o risco de fragmentar a pobreza ao invés de realizar uma focalização efetiva em todos aqueles que necessitam.

Foi apenas em 2001 que o governo federal adotou este tipo de programa através da criação do Programa Bolsa Escola do Ministério da Educação e do Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde. Entretanto, o desenho setorial destes programas - vinculados à diferentes ministérios e desenvolvidos de forma desarticulada - aprofundavam algumas características nefastas de nossa política social como a sobrefocalização de clientela, a debilidade de monitoramento e avaliação, baixa cobertura e pulverização de recursos.

Com vistas a superar esta questão, o governo deu início em 2003 ao processo de unificação dos programas federais de transferência de renda no Programa Bolsa Família (PBF). Tal unificação teve como consequência imediata a conformação de um outro desenho operacional cujo diferencial com relação ao momento anterior está marcado, sobretudo, pela descentralização, foco na família e ampliação da agenda de compromissos. Na tentativa de constituir um programa nacional de transferência de renda, o governo federal buscou incentivar a incorporação dos programas municipais e estaduais existentes no Bolsa Família.

O PBF – destinado a famílias pobres traz como novidade - e polêmica central - a exigência de condicionalidades nas áreas de educação e saúde. Seu desenho operacional requer alta capacidade de coordenação intergovernamental e intersetorial, além de participação social. No contexto deste trabalho identificam-se vários **limites e avanços na concepção do Programa.**

A perspectiva de **focalização** do PBF é entendida como equidade e, por isso, ganha centralidade a instituição de mecanismos de seleção como o Cadastro Único, ao mesmo tempo em que está presente o objetivo de construir um banco de dados para planejar políticas públicas.

Os problemas de operacionalização dos programas focalizados são grandes e, em algumas situações, os custos administrativos são tão altos que superam os gastos com o

próprio programa. Este seria um argumento de ordem econômica, dentre outros voltados para a questão da justiça social e cidadania, para justificar a preferência pelos programas de transferência de renda universais e incondicionais (Lavinias, 2004).

Destaca-se que a qualificação para a gestão local do Cadastro Único tem sido tarefa de operacionalização complexa dada a dimensão continental do país, a precária institucionalização do SUAS, bem como a dificuldade de muitos estados brasileiros assumirem papel proativo na coordenação do desenvolvimento de políticas sociais descentralizadas.

Do ponto de vista da perspectiva de focalização do Programa, além do problema do baixo valor do corte de renda e do pífio valor do benefício que podem levar a um tipo de focalização perversa, é preciso salientar também que o **uso isolado do critério renda** para selecionar as famílias é largamente criticado na literatura exatamente por não incorporar aspectos multidimensionais da pobreza. Em verdade, um dos desafios mais difíceis dos programas focalizados é a construção de critérios e mecanismos de seleção dos grupos sociais que serão ou não contemplados, de modo a considerar o conjunto de vulnerabilidades sociais a que esses segmentos estão expostos.

Um aspecto considerado inovador no Programa é o **foco na família**. Todavia, um estudo mais acurado da concepção do Programa reitera antigas preocupações visto que ainda persiste a priorização de 'clientelas' tradicionais das políticas sociais, ou seja, crianças, adolescentes, gestantes e nutrizes. Também chama atenção o fato de que a concepção de priorizar a família não tem se traduzido em estratégias de implementação que incentive o nível local a realizar acompanhamento social das famílias beneficiadas de modo a produzir impactos na situação de pobreza.

Seguindo a trajetória dos programas de transferência de renda anteriores, o PBF define o cumprimento de algumas **condicionalidades** com base na justificativa de que esta é uma estratégia adequada para ampliar o acesso da população pobre aos serviços sociais básicos e favorecer a ruptura do ciclo de reprodução da pobreza.

A legislação que regulamenta a gestão das condicionalidades é minuciosa na previsão de várias sanções escalonadas para as famílias inadimplentes. Esta legislação preserva os beneficiários das sanções e perda do benefício somente se ficar provado que o cumprimento das condicionalidades foi prejudicado por problemas relativos à oferta de serviços. Situação para qual não há nenhuma previsão de punição para os municípios, não obstante a clareza quanto ao dever constitucional do Estado em ofertar

serviços de educação e saúde. A idéia de punir as famílias parece incompatível com os objetivos de promoção social do Programa, haja vista a necessidade de considerar as condições materiais e subjetivas que as famílias dispõem para cumprir a agenda de compromissos.

A exigência de contrapartidas é talvez uma das novidades mais importantes do PBF e, ao mesmo tempo, uma polêmica central do Programa. A legitimidade da exigência de contrapartida é questionada por alguns autores (Lavinhas, 2004) já que inaugura um sentido paradoxal do direito social. Por outro lado, no caso brasileiro, que apresenta muitas fragilidades no processo de constituição da seguridade social, é preciso, segundo os idealizadores do Programa, criar mecanismos que estimulem a inserção das famílias nos serviços de educação e saúde, tendo em vista a perspectiva de ruptura com o ciclo de reprodução da pobreza.

Para além do debate acerca da condicionalidade do direito, a característica das contrapartidas do PBF, marcadamente focada na geração futura²⁰⁹ (crianças e adolescentes), deixa de fora os adultos que necessitam de oportunidades de acesso aos serviços sociais e ao circuito produtivo.

Do ponto de vista do setor saúde, as iniquidades de acesso são amplas e uma de suas características é justamente a dificuldade de captar a população adulta, principalmente os homens, o que de fato poderia contribuir para alterar o padrão prevalente das doenças crônico-degenerativas entre nós. Neste sentido, há um viés no desenho das condicionalidades do PBF que se traduz na busca de incrementar o poder de utilização de determinadas 'clientelas' que sempre foram o público-alvo dos programas nacionais de extensão de cobertura da atenção básica.

De igual modo, o desenho do Programa e sua implementação impõem o desafio de refletir sobre a questão do direito à saúde e sua perspectiva de integralidade questionando, sobretudo, se a exigência de condicionalidades, pautada na oferta de um pacote de serviços básicos (imunização, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e consultas de pré-natal), também pode significar a porta de entrada para serviços de maior complexidade do sistema (Fonseca e Viana, 2007).

Com efeito, o desenvolvimento das condicionalidades e o alcance do objetivo de inserir a população pobre nos serviços de saúde tende a ser uma experiência tão heterogênea quanto à implementação do SUS no país. Acredita-se, porém, que a

²⁰⁹ Os programas de transferência de renda brasileiros apresentam desde sua origem forte preocupação em intervir sobre as questões que levam ao trabalho infantil, altamente prevalente entre nós.

extensiva implantação da rede pública de atenção básica, notadamente através do Programa Saúde da Família, seja um ponto a favor da execução do PBF. Assim, diferentemente da realidade de parte dos países latino-americanos que não concebem a saúde como um direito universal, as possibilidades de implementação de um programa de transferência condicionada de renda parece ser mais mais favorável entre nós²¹⁰.

Em direção similar, é necessário refletir sobre as promessas de integração via a exigência de condicionalidades da educação numa situação em que está em xeque a qualidade da escola pública e a capacidade de formulação de políticas de emprego adequadas para incorporar as famílias beneficiadas no mercado de trabalho.

Entretanto, se vistas pelo 'avesso' da cobrança de deveres por parte das famílias, as condicionalidades podem favorecer o questionamento do poder local e da gestão das políticas sociais na medida em que põem 'a nu' a precariedade de oferta de serviços no que se refere à quantidade e qualidade. Obviamente que isto não se dá de forma automática, mas depende visceralmente do modo como a sociedade se apropria do Programa e exerce o controle democrático de sua implementação. Ao que tudo indica a exigência de condicionalidades ainda não foi percebida como uma oportunidade estratégica para a sociedade fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das políticas de saúde, assistência social e educação, assim como de um conjunto de políticas públicas que devem estar envolvidas nas chamadas ações complementares. Também não se pode esquecer que o debate acerca dos dilemas de implementação do PBF se conecta diretamente aos problemas decorrentes da histórica dissociação entre política social e política econômica, questão estruturante da desigualdade social existente entre nós.

III

Estas características inferidas a partir de uma análise mais geral adquirem significados diversos quando contempladas a partir de um estudo de caso. A implementação das condicionalidades do Programa Bolsa Família no setor saúde no município de Niterói fornece vários elementos de aprendizado considerados aqui como lições do caso.

No campo da saúde, a condicionalidade do Bolsa Família parece desafiar a todos os gestores e profissionais em diferentes níveis de governo, mas é sobretudo a

²¹⁰ Segundo Fonseca e Viana (2007) na América Latina e Caribe apenas Brasil, Cuba e Costa Rica são países em que a saúde é considerada direito universal.

experiência do nível local que mais pode contribuir como observatório de análise das imbricações entre o PBF e o SUS, assim como das potencialidades da dimensão intersetorial inscrita neste programa de transferência condicionada de renda.

Em geral, o cotidiano de implementação destas condicionalidades é cercado de interveniências inerentes tanto aos desafios próprios do SUS quanto às dificuldades de estruturação da SMAS e do próprio SUAS no município. Associa-se a isto os dilemas de constituição de arranjos de coordenação intersetorial e problemas referentes à formulação de estratégias de indução por parte do governo federal.

A pesquisa identifica que os **gestores e profissionais da saúde atribuem vários significados ao PBF e às condicionalidades**, conformando diferentes tendências de adesão ao Bolsa Família. Em primeiro lugar, é preciso dizer que independente do lugar institucional ocupado, isto é, se vinculado ao Programa Médico de Família ou à 'rede convencional', os profissionais compreendem o PBF como um programa de combate à pobreza necessário diante da situação social do país. É consenso, então, o 'sentimento' de que seria um artificialismo ser contrário ao Programa.

Para a maior parte dos entrevistados, o PBF e suas condicionalidades representam estratégia importante de inclusão das famílias pobres no circuito de direitos sociais. Sendo assim, é um programa social que funciona de modo a garantir direitos (mesmo que ressignificados) e não a proceder a sua negação, como apontado em estudos atuais (Lavinias, 2004).

A prevalência desta visão mostra que a idéia de direitos como relação 'contratual' está de alguma forma incorporada e aceita entre os profissionais pesquisados. Assim, se por um lado, tal situação configura um cenário propício à adesão ao processo de implementação das condicionalidades do PBF, por outro, espelha a ausência de crítica à introdução do direito condicionado em nosso meio. As contrapartidas vistas como 'obrigação positiva' seriam também uma maneira de valorizar e tangenciar outras dimensões da pobreza para além da insuficiência de renda. Não obstante, observa-se neste estudo de caso certo constrangimento e sentimentos contraditórios em ter que 'forçar' os beneficiários a exercerem direitos sociais já consagrados constitucionalmente.

Entretanto, os profissionais de saúde mostram acentuada preocupação com a possibilidade de o Programa reduzir sua ação à faceta assistencial, ou seja, a mera transferência de renda. Em parte, isto se justifica em razão da visível dificuldade de implantação das ações complementares, principalmente relacionadas à inserção no

mercado de trabalho.

Em contraste a esta visão majoritária, salienta-se o registro de uma perspectiva isolada que considera que o acompanhamento da saúde exigido pelo PBF deveria ser uma consequência natural do acesso ao serviço e não uma contrapartida para receber o benefício monetário. Nesta direção, entende-se que esta estratégia, que se apóia no estabelecimento de sanções em razão de descumprimento das condicionalidades, encerra possibilidades de tutela das famílias beneficiárias e de burocratização do acompanhamento de saúde realizado. Está presente aqui um aspecto contraditório do Programa que é promover a autonomização das famílias através de um sistema de co-responsabilidade que envolve sanções e controles, visando justamente a erradicação da dependência (Branco, 2001).

Por último, registra-se a presença de uma concepção (também minoritária) que se caracteriza especialmente pelo descrédito com relação à efetividade social do PBF, uma vez que o percebe como uma ação “paliativa”. Nesta compreensão considera-se improvável que os governos realmente realizem investimentos sociais que confirmem materialidade ao objetivo enunciado do Bolsa Família de articular ações emergenciais com as de cunho estrutural. Aqui, o Programa é visto como eleitoreiro e como favorecedor da dependência das famílias pobres já que estimula o ócio e não a inserção no mercado de trabalho.

Não obstante a relevante adesão aos objetivos do Programa verificada no contexto local, o momento inicial de implementação foi marcado por **inseguranças e resistências** por parte dos profissionais, tanto do PMF quanto da 'rede convencional'. Tal situação ocorreu devido a escassez de informação que o nível local possuía na ocasião para atender aos requisitos postos à operacionalização do PBF.

Considerando que o PBF é um Programa que exige grande capacidade de gestão e envolve um número elevado de atores e, além disto, traz inúmeras mudanças com relação às políticas prévias, reconhece-se que o tempo para esclarecimentos sobre a concepção e estratégias de implementação do Programa foi insuficiente, o que parece não ter permitido uma capacitação adequada dos implementadores locais. Em outras palavras, a velocidade exigida pelos formuladores para implementar o programa²¹¹ trouxe dificuldades para que os diferentes níveis de governo amadurecessem o

²¹¹ O ritmo acelerado de implementação do Bolsa Família pode ser retratado no fato de que em dezembro de 2003 o Programa cobria 3,6 milhões de famílias, e no início de 2006 já havia atingido a meta de atender 11 milhões de famílias.

conhecimento necessário acerca da concepção e desenho operacional do programa, bem como reunissem as capacidades institucionais necessárias à sua execução. É forçoso reconhecer que, em geral, a velocidade do tempo de implementação dos programas de corte social está sujeita às exigências da lógica da competitividade política, cuja dinâmica quase sempre prevalece sobre os requisitos técnico-operacionais necessários.

Do ponto de vista da efetivação do acompanhamento das condicionalidades da saúde, houve inicialmente uma compreensão de que tal tarefa constituía **demandas externa** – oriunda da assistência social - e portanto não afeita ao SUS. Isto provocou uma espécie de negação da perspectiva intersetorial do PBF que somente foi minimizada com a ampliação do estoque de informação dos implementadores diretos do Programa, favorecida principalmente por iniciativas da coordenação municipal do PBF e pela ação do Comitê Intersetorial organizado para promover iniciativas conjuntas entre as áreas de saúde, assistência social e educação.

Entretanto, o aspecto da **focalização** é um ponto de resistência ao Programa que parece acompanhar o processo de implementação do início até o momento atual. As discordâncias com o resultado da focalização são grandes, já que os profissionais, notadamente os do PMF, consideram que este processo não tem alcançado a equidade pretendida. Mesmo considerando a possibilidade de haver alguns problemas com relação à focalização do PBF em Niterói, o que parece estar em jogo é uma relação conflituosa decorrente, dentre outros motivos, da enorme insatisfação do setor saúde com a falta de poder para interferir no processo decisório relativo ao cadastramento e seleção dos beneficiários.

Sobre a experiência de gestão do Cadastro Único no município, vale dizer que esta localidade (que, vale lembrar, se encontra muito bem posicionada em termos de indicadores sociais) ainda realiza o cadastramento e o recadastramento – estratégia fundamental para manter a adequada focalização do Programa - de forma muito precária, uma vez que há dificuldade de pessoal capacitado na Secretaria Municipal de Assistência Social para operar o sistema de informação (a maior parte é de contratos temporários), assim como, no momento da pesquisa, a maioria dos CRAS não contava com computador para preencher o cadastro *on line*. Destaca-se, ademais, que o aplicativo de informática existente não permite que os municípios realizem determinados cruzamentos de dados desejados e necessários para programar a

intervenção sobre as famílias beneficiárias²¹². Em razão dessa situação, alguns (poucos) municípios estão desenvolvendo programas de informática específicos para poder proceder ao tratamento dos dados das famílias de forma adequada aos interesses locais.

Apesar de se reconhecer as dificuldades inerentes aos municípios, a forma como o Cadastro Único está estruturado parece equivocada na medida em que decisões cruciais (a decisão de incluir e excluir os beneficiários é do governo federal) não passam pelos municípios. As consequências deste fato em termos da adesão ao Programa precisam ser aprofundadas, já que a centralização da decisão no governo federal tende a retirar dos municípios, instância da federação que tem a maior parte da responsabilidade no processo de implementação do Programa, a capacidade de acompanhar e monitorar adequadamente o PBF na esfera local. Obviamente que tal questão expressa uma contradição com relação aos objetivos que inspiraram a criação deste instrumento voltado para o planejamento e gestão das políticas públicas. No entanto, o paradoxo centralização – descentralização aqui presente remete aos riscos das interveniências do clientelismo que realmente precisam ser considerados na seleção das famílias, mas que talvez não justifique o nível de conflito gerado pela falta de autonomia dos municípios.

O distanciamento desta fase relevante da implementação do Bolsa Família tem gerado desconfiças nos profissionais de saúde, principalmente os do PMF, quanto à capacidade gerencial da SMAS e possíveis riscos de uso clientelista do Programa. Tais questões são fontes de conflitos que prejudicam sobremaneira a efetivação de relações intersetoriais.

Este é um ponto que reforça entre os profissionais de saúde a idéia de um Programa externo à arena da saúde, contradizendo, pois, a denominação de programa intersetorial. Neste caso, importa indagar se o PBF se configura como um Programa intersetorial ou um Programa do MDS que requer a contribuição de outros setores de política social. A pesquisa evidencia que no município estudado prevalece a percepção de que o setor saúde é chamado a implementar as condicionalidades sob condições e regras de funcionamento previamente definidas.

A dificuldade de captação das famílias a serem acompanhadas na saúde é um aspecto que interfere diretamente nos baixos índices de cobertura das

²¹² Dentre outras questões, constatou-se na pesquisa que a SMAS não tinha condição de saber quantas famílias beneficiárias do PBF residiam em determinada área geográfica do município. Só era possível conhecer a população a partir do recorte por bairro, o que dificultava, por exemplo, o planejamento de ações sobre micro territórios com altos índices de vulnerabilidade.

condicionalidades neste setor no município de Niterói.

No segundo semestre de 2007 o percentual de cobertura das condicionalidades neste município estava em torno de 47%, comparativamente maior do que a média estadual (em torno de 35%) e semelhante à *performance* nacional (46,4%). Para além disso, um ponto preocupante refere-se ao fato de Niterói apresentar taxas muito baixas de 'acompanhamento total'²¹³ das famílias beneficiárias, ou seja, na segunda vigência de 2007 apenas cerca de 29% das famílias foram 'totalmente acompanhadas'. Para os técnicos locais isso se deve tanto às dificuldades de entendimento (por parte dos profissionais) de como proceder para realizar o preenchimento correto dos dados na ficha do SISVAN quanto aos obstáculos de cunho operacional como: insuficiência de recursos humanos, falta de ponto de internet disponível, além de ser comum haver demandas como epidemia de dengue e outras ações emergentes no campo da saúde pública que se interpõem na rotina de acompanhamento das condicionalidades. Os profissionais ressaltam também que o acompanhamento da saúde é particularmente complexo devido principalmente ao grande número de pessoas a serem atendidas no serviço de saúde (diferentemente da educação), ao fato de os prontuários serem individuais e não familiar (exceto no PMF), além de haver grande variação na listagem das famílias 'Perfil Saúde', isto é, a cada semestre há inclusão e exclusão de membros nas famílias a serem acompanhadas. Acrescenta-se que em Niterói o potencial de acompanhamento do PMF é maior do que o da 'rede convencional', estando em torno de 70% do total de cobertura do município. Este dado confirma a assertiva de que quanto maior o vínculo com a população e a capacidade de realizar visitas domiciliares maior é a possibilidade de realizar o acompanhamento das condicionalidades.

Interessante ressaltar que o estado do Rio de Janeiro se comprometeu através do Pacto pela Saúde²¹⁴ a acompanhar, em 2008, 80% das famílias 'Perfil Saúde' do Programa Bolsa Família. Para os gestores estaduais, a inclusão do PBF nesta pactuação significa oportunidade para priorizar as ações de acompanhamento das famílias que, ao que tudo indica, até então não tinha galgado tal importância no interior do SUS.

²¹³ Vale lembrar que as famílias parcialmente acompanhadas são aquelas que o serviço de saúde não conseguiu acompanhar todos os seus membros, ou se conseguiu não se procedeu ao preenchimento de todos os dados necessários e solicitados no formulário do SISVAN.

²¹⁴ O Pacto pela Saúde está inscrito na nova orientação para o processo de gestão do SUS, no qual se prevê a pactuação de indicadores, objetivos e metas a serem alcançados por municípios, estados e Distrito Federal.

O estudo de caso não deixa dúvidas quanto ao esforço realizado, sobretudo pela 'rede convencional', para atender as requisições do PBF. Diz-se isto porque, como vimos, o PMF apresenta pré-condições favoráveis ao acompanhamento das condicionalidades em razão do vínculo com as famílias e de outros elementos que caracterizam esta forma de atenção básica. Entretanto, a dificuldade de captação das famílias é comum a ambas modalidades de atenção.

Sobre este ponto, observa-se que variáveis externas interferem neste processo como a existência de endereços incompletos e/ou desconhecidos no Cadastro Único, além da dificuldade para alterar no sistema de informação a situação cadastral da família para, assim, proceder a correção da lista de famílias 'Perfil Saúde'.

Considerando que a gestão do Cadastro Único é responsabilidade da SMAS e esta instância também tem a função de realizar o acompanhamento social das famílias, depende-se que o sucesso da inserção das famílias no setor saúde (sobretudo no PMF) depende, entre outras coisas, do nível de resolutividade desta Secretaria no encaminhamento do PBF.

Entretanto, as unidades da 'rede convencional', diferentemente do PMF, vivenciam outros obstáculos à captação das famílias que podem ser atribuídos ao modelo assistencial baseado na demanda espontânea e à dificuldade de fazer visita domiciliar.

A experiência dos profissionais de saúde mostra que o processo de implementação das condicionalidades **não representou aumento significativo de demanda para o setor e tampouco foi identificada a captação de famílias com trajetória de exclusão dos serviços de saúde**. Sobre este ponto, de acordo com a experiência do PMF, a presença de condicionalidades no desenho do Programa Bolsa Família não tem constituído expediente capaz de trazer para os serviços famílias enredadas em situação de miséria e, sobretudo, aquelas vítimas de violência do tráfico de drogas.

Com efeito, o pequeno impacto na demanda dos serviços pode ser atribuído tanto ao fato de que o município ainda não conseguiu chegar a marca de 50% de acompanhamento das condicionalidades da saúde (dados de 2007) quanto a probabilidade de que grande parte dos beneficiários já esteja incluída no sistema de saúde de Niterói, já que o município conta com uma rede bem estruturada em termos de distribuição geográfica.

Mas, se por um lado, o Programa **não vem provocando aumento significativo de demanda, por outro, constata-se que sua implementação pode estimular a conformação de um tipo de acolhimento e cuidado no interior das unidades da 'rede convencional'** que tende a contribuir para maior adesão das famílias beneficiárias aos serviços de saúde, assim como ampliar as reflexões em torno da integralidade da atenção. É provável, então, que a implementação das condicionalidades da saúde esteja favorecendo a vinculação das famílias às unidades da 'rede' que tradicionalmente trabalham sem referência à demanda programada. Assim, não se pode descartar a possibilidade de o PBF criar uma certa sensibilidade em termos da necessidade de intervir sobre a unidade familiar e não apenas sobre grupos específicos, conforme a tradição da saúde pública.

Também cabe destacar que os resultados da pesquisa mostram que o PBF funcionou como um estímulo à efetivação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), instrumento de monitoramento que sempre apresentou dificuldade de implantação no âmbito do SUS.

Com efeito, para além da preocupação com a aumento das taxas de cobertura das condicionalidades, o que está na ordem do dia é a capacidade de os municípios repensarem o modelo assistencial que persiste na organização dos serviços nos serviços de saúde. Do mesmo modo, em se tratando de um programa de transferência de renda com condicionalidades, a qualidade do acompanhamento social das famílias é tema que necessita ganhar centralidade na agenda intersetorial do PBF haja vista os riscos de prevalecer atitudes tutelares, burocráticas e de suspeição sobre as famílias.

A análise do processo de implementação revela que a decisão de instituir controles rigorosos das condicionalidades foi afetada, em parte, pelo debate social e político marcado pelo entendimento de que a transferência de renda é sinônimo de assistencialismo. De fato, a instituição de um programa de transferência de renda em escala nacional e com investimento de grande volume de recursos orçamentários, além de aguçar a disputa em torno da alocação de recursos e da competição política partidária, encontra diversas resistências num contexto social fortemente regido pela ética do trabalho.

É necessário sublinhar que as condicionalidades do Bolsa Família são altamente dependentes de **relações intersetoriais e de arranjos cooperativos entre políticas públicas**. No desenho do Programa a estrutura de indução da **intersectorialidade**

encontra-se circunscrita ao incentivo financeiro repassado através do cálculo do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), o qual incorpora as variáveis de cobertura das condicionalidades da saúde e educação e a ampliação (além da atualização) do cadastramento da população pobre. Para receber os recursos provenientes deste índice os entes subnacionais devem necessariamente constituir Comitês Intergestores do PBF.

Quanto a este aspecto, vale dizer que os recursos do IGD são repassados diretamente ao Fundo Municipal e Estadual de Assistência Social, o que tende a colocar a área da assistência social, comparativamente à saúde e educação, em posição favorável para definir sua utilização. Assim, a decisão em torno da alocação desses recursos é motivo de conflitos porque além da assistência social vir sendo priorizada em termos dos investimentos realizados, tais decisões são tomadas em um cenário em que as regras do jogo não estão muito claras. O setor saúde considera que suas demandas também devem ser contempladas com estes recursos já que tem muitas dificuldades institucionais para implementar o Programa. Mas, a saúde, em decorrência dos baixos índices de cobertura das suas condicionalidades é, em geral, vista na inter-relação com a assistência social e educação como o setor que não contribui para a elevação do montante dos valores recebidos mensalmente através do IGD.

Tais questões demonstram que os mecanismos criados pelo governo federal não estão 'eficientemente desenhados' a ponto de contribuir para a construção de processos decisórios que minimizem os conflitos inerentes à experiência intersetorial do Bolsa Família nos municípios. Ao contrário, parece que as estratégias adotadas estão, pelo menos no caso estudado, acirrando a característica conflitiva própria dos programas intersetoriais.

Neste pouco tempo de implementação o IGD vem trazendo evidências de que a indução financeira no caso de programas intersetoriais não funciona da mesma forma e nem tende a produzir os mesmos resultados positivos alcançados com programas setoriais, isto é, aqueles vinculados apenas a um ministério, como é o caso, por exemplo, do Programa Saúde da Família. Ainda que este tipo de indução favoreça em algum grau o aumento dos índices de acompanhamento das condicionalidades, notadamente da saúde, permanece na ordem do dia o debate sobre o desafio de se criar mecanismos e estratégias operacionais que contribuam para reduzir o nível de conflito presente na dinâmica intersetorial do Bolsa Família. Ademais, o IGD é um incentivo financeiro que não está vindo acompanhado de outros tipos de indução, tal como o

necessário estímulo à discussão acerca dos desafios teóricos e práticos para promover a intersetorialidade das políticas sociais.

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

É fato que essa perspectiva tende a restringir o sentido da intersetorialidade previsto na normatização do Programa, bem como a promessa de inserção das famílias beneficiadas no sistema de proteção social existente. De igual modo, considera-se os riscos de que as estratégias vigentes favoreçam uma compreensão pragmática da ação intersetorial enquanto ação conjunta restrita à assistência, saúde e educação, ainda que isto signifique avanços em nossa realidade atual.

Não obstante as dificuldades inerentes à dinâmica intersetorial do PBF, pode-se dizer que, se por um lado, os resultados da pesquisa corroboram a relevância dos programas sociais intersetoriais, por outro, ressaltam que o sucesso da implementação depende de como as estratégias de indução são desenhadas e apreendidas pelos implementadores locais.

Com efeito, a tradição setorializada de organização institucional das políticas sociais aliada às debilidades dos mecanismos de indução da intersetorialidade no âmbito do Bolsa Família demonstram o tamanho do desafio de articulação do referido Programa com o sistema de proteção social.

De modo geral, pode-se dizer que a execução do Bolsa Família é empreitada complexa porque o seu desenho descentralizado e intersetorial exige, ao mesmo tempo, grande capacidade política de coordenação entre diferentes esferas de governo e entre as arenas setoriais de políticas sociais. Ademais, o fato de o PBF ser um programa social vinculado ao MDS agrega outras dificuldades ao processo de implementação local das condicionalidades da saúde, pois na medida em que as demandas parecem 'externas' ao SUS o grau de adesão dos atores locais pode ser afetado.

Também não se pode deixar de registrar que o Bolsa Família é um Programa fortemente influenciado pelas composições e competição política partidária existentes no nível local e que atravessam as relações intergovernamentais. Em razão de seu potencial eleitoral, caracteriza-se como um Programa demasiadamente vulnerável aos interesses e conflitos políticos que gravitam em torno das composições partidárias nos

municípios. No caso pesquisado, verificou-se que a disputa em torno dos cargos de gestão do Programa é acirrada, conformando um tipo de competição política predatória responsável pelas descontinuidades no processo de implementação e interrupção das iniciativas em torno da gestão intersetorial no nível local.

Por fim, é digno de menção a falta de debate público sobre o fato de o Programa Bolsa Família ainda permanecer como um programa de governo e não se constituir como um direito constitucional.

A análise do processo de implementação das condicionalidades do PBF na saúde dá pistas de como se comportam empiricamente as interconexões entre a formulação e a implementação de políticas que, ao serem concebidas como fases desconectadas, onde se pressupõe que a formulação é sempre adequada, ignora as interveniências a que está submetida (Lindblon,1981). Assim, os resultados do desenvolvimento de políticas não revela o fracasso ou a inadequação entre formulação e implementação, mas o caráter imponderável das articulações políticas no campo da gestão pública.

Por fim, embora não seja possível proceder a generalizações a partir deste estudo de caso, muitas questões aqui apontadas são dilemas gerais inerentes ao processo de implementação do Programa, os quais podem ser incorporados a uma agenda de estudos a ser aprofundada. O PBF é, decerto, um bom mote para se refletir sobre a proteção social no país.

Bibliografia

- Abranches, S.H. Política social e combate à pobreza: A teoria da prática. In: Política Social e Combate a Pobreza.(Abranches, S.H., Santos,W.G., Coimbra, M.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 3 ed., 1994.
- Abrúcio, F. L. Descentralização e pacto federativo. Cadernos ENAP. 1993
- Andrade, L.O. M.de. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo. Hucitec, 2006.
- Arretche, M. Estado federativo e políticas sociais. São Paulo. Revam: FAPESP, 2000.
- Arretche, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira, M. C. R., Carvalho M. C. B. (orgs). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC; 2001.
- Aznar, Guy. Trabalhar menos para trabalharem todos. São Paulo, Scritta, 1995.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70, 1979.
- Becker, H. S. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. Editora Hucitec, 1999.
- Bodstein, R. C. de A. & Zancan, L. (coord). Primeiro Relatório Técnico- Projeto Monitoramento e Avaliação do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos. Rio de Janeiro: DCS/ ENSP/ FIOCRUZ, 2001.
- Boschetti, I. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. Revista Psicologia e Sociedade, 15(1), 2003.
- Branco, F. J. do N. Cidadania e novos direitos: Ensaio em torno do rendimento mínimo garantido. In: Karsch, U., Yasbek, M. C., Sposati, A. & Martinelli, M. L.(orgs). Estudos do Serviço Social Brasil e Portugal. EDUC, São Paulo, 2001.
- _____. A face lunar dos direitos sociais: Virtualidades e limites do RMG como direito de cidadania em Portugal. Tese de doutorado em Serviço Social. PUC/SP. 2001.
- Burlandy, L. Comunidade Solidária:engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. Tese de doutorado, ENSP/FIOCRUZ, RJ, 2003.
- Burlandy, L. Transferência Condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional In: Ciência e Saúde Coletiva v.12, n.6, Rio de Janeiro, ABRASCO, 2007.
- Campos, R.O. O exercício interpretativo. In: Campos, R. O.et alli. (orgs) Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. Hucitec, SP, 2008.
- Carvalho, J. M. A cidadania no Brasil: O longo caminho, RJ, Civilização Brasileira, 2003.

Castel, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis, Vozes, 1998.

CEDEPLAR (Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional). Projeto de avaliação do impacto do programa Bolsa Família. Relatório Final. Belo Horizonte: UFMG. 2006.

Costa, A. M., Pontes A.C.R. & Rocha, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro, A.; Malo, M. (orgs) SUS: ressignificando a promoção da saúde. Hucitec, 2006.

Costa, V. R. A margem da lei: O programa comunidade solidária. In Revista Em Pauta, R.J, FSS UERJ, número 12, 1998.

Cohen, Míriam. O Modelo Assistencial no SUS Niterói: Conflito e pactuação política no processo de integração do Programa Médico de Família. Dissertação de mestrado, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

Cunha, M. L. S. Planejamento e gestão da atenção integral à saúde com base no território: uma reflexão sobre o papel ordenador das policlínicas comunitárias no SUS do município de Niterói- RJ. Dissertação de mestrado. ENSP- FIOCRUZ 2005.

Denis, J. L. & Champagne, F. Análise de Implantação. In Hartz, Z. (org) Avaliação em saúde : dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro.Fiocruz,1997.

Draibe, S. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. In: Revista USP, n. 17, SP, 1993.

Draibe, S.; Fonseca, A.M; Montali, L. Programas de renda mínima para famílias carentes: Levantamento das experiências e metodologia de avaliação. São Paulo: NEPP, mimeo., 1996.

Draibe, S. A construção institucional da política brasileira de combate à pobreza: perfis, processos e agenda, Campinas, NEPP/UNICAMP, Caderno de Pesquisa n.34, 1998.

_____. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira M.C.R.N. & Carvalho M.C.B (orgs) Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo IEE/PUC SP, 2001.

Esping-Adersen, G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova, n.24, 1991.

Euzeby, C. Uma renda mínima com ou sem contrapartida? In: Renda mínima no debate internacional. Colóquio Internacional Brasil /França /Portugal. PUC/SP, 2001. (Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro).

Faleiros, V. Renda mínima: Uma avaliação. In: Sposati, A.(org). Renda mínima e crise mundial: Saída ou agravamento? São Paulo, Cortez, 1997.

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

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

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

Fonseca, A. M. de M. Família e política de renda mínima. São Paulo. Cortez Editora, 2001.

Fonseca, Ana & Viana, Ana Luiza. Direito à Saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, número 6, ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

Fonseca, A. M. M.; Roquete, C. Proteção social e programas de transferência de renda: o Bolsa Família. In: Viana, A. L.; Elias, P.; Ibañez, N. (orgs). Proteção Social: Dilemas e Desafios. Editora Hucitec/FMUSP-CEDEC-CEALAG/FCM Santa Casa-LEPS/ UFRJ. São Paulo, 2005.

Fleury, S. Estados sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997.

_____. Seguridade social no governo FHC: contra-reforma e resistência. RJ: FGV. Mimeo., 2003.

_____. A Seguridade social inconclusa. Disponível em: www.fgv.rj.br , 2006 a.

_____. Juntos somos mais fortes. Entrevista concedida à Revista Radis/Fiocruz, 48:13, ago, 2006 b.

Gershman, S.; Vianna M. L.W. (orgs.). A miragem da pós- modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização, RJ, Fiocruz, 1997.

_____. Conselhos Municipais de saúde: Atuação e representação das comunidades populares. Cadernos de Saúde Pública, Rio de janeiro, 20(6), 2004.

_____. Conselhos de Saúde: Dilemas, avanços e desafios. In: Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C. & Suárez, J. M. (orgs). Saúde e democracia: História e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2005.

Gorz, A. Saindo da sociedade do trabalho. In: São Paulo em Perspectiva. São Paulo, Fundação Seade, v. 9, n.3, jul-set. 1995.

Guibentif, P. & Bouget, D. As políticas de rendimento mínimo na União Européia. Lisboa, União das Mutualidades Portuguesas, 1997.

Guimarães, R. F. & Almeida, S. C. G. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In Acosta A.R. & Vitale, M.A.F. (orgs). Família: redes, laços e políticas públicas. IEE/PUC-SP, 2003.

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

Inojosa, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: Revista de Administração Pública (RAP). R.J. Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.

Januzzi, P. Subsídios para discussão sobre aspectos metodológicos do cadastramento e focalização de público alvo do Programa Bolsa Família. mimeo, 2005.

Junqueira, L. A. P. Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. In: Revista de Administração Pública (RAP). R.J. Fundação Getúlio Vargas, n.32(2), 1998.

Justo, C. Experiência de renda mínima no Brasil: mapeamento dos programas e modelos paulistas. Trabalho apresentado no IV Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política. Rio de Janeiro. PUC, 2004.

Labra, M. E. Política, Processo Decisório e Informação. RJ: DAPS/ENSP. Mimeo. 2001

_____; Figueiredo, J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, n.7, 2002.

Laville, C. & Dionne, J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. UFMG/Artmed, Belo Horizonte/ Porto Alegre 1997.

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

Lavinas, L. Renda Mínima: Práticas e Viabilidade. In: Novos Estudos Cebrap, n.53, 1999.

_____. Combinando compensatório e redistributivo: o desafio das políticas sociais no Brasil. In: Henriques, Ricardo (org). Desigualdade e pobreza no Brasil, RJ, IPEA, 2000 a.

_____. Combater a pobreza estimulando a frequência escolar: O estudo de caso do Programa Bolsa-Escola do Recife. In: Dados, vol 43, RJ, 2000 b.

_____. Universalizando Direitos. Observatório da cidadania, Relatório 2004: Medos e Privações: obstáculos à segurança humana. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Transferências monetárias diretas ou provisão de serviços públicos: trade-off em questão. In: 8º. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva / Anais do 11º. Congresso Mundial de Saúde Pública, RJ, 2006.

Lindblon, C. E. O Processo de Decisão Política. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981.

Linhares, F. Programa Bolsa Família: um novo arranjo para os programas de transferência de renda no Brasil. Dissertação de mestrado. Niterói: UFF/ESS, 2005.

Macedo, M de A. & Brito, S. R. de. Transferência de renda: Nova face da proteção social? PUC-Rio/São Paulo. Loyola, 2004.

Magalhães et al., Estudo da implementação do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro. Relatório de pesquisa CNPQ. Rio de Janeiro, Fundação Osvaldo Cruz, 2005.

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

Marques, R.M. A proteção social e o mundo do trabalho. São Paulo, Bional, 1997.

Marsiglia, R M. G. Famílias: Questões para o Programa Saúde da Família (PSF). In: A.R. Acosta & Vitale M.A.F. (orgs). Família: Laços, redes, e políticas públicas. IEE/ PUC SP, 2003.

Marshall, T. Cidadania, classe social e status. RJ, Zahar, 1967.

Minayo, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/ Rio de Janeiro. Hucitec- Abrasco, 1994.

_____. A utilização do método qualitativo para avaliação de programas de saúde (Prefácio) In: Campos, R. O. et alli (orgs). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. Hucitec, São Paulo, 2008.

Mioto, R. C. T. Família e Serviço Social: Contribuições para o debate. In: Serviço Social e Sociedade N.55, ano XVIII Cortez, 1997.

Mendes, E. V. Uma agenda para a saúde. SP, Hucitec, 1996.

Medeiros, M.; Britto, T. & Soares, F. V. Programa Focalizados de Transferência de Renda no Brasil: Contribuições para o debate. Texto para discussão N. 1283, IPEA, junho 2007.

Medeiros, M.; Britto, T. & Soares, F.V. "Targeted Cash Transfer Programmes in Brasil:

BPC and the Bolsa Família". Disponível no site do PNUD, acesso em julho de 2008.

Monnerat, G. L.; Senna, M. de C. M.; Souza, R. G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. In Revista Ciência e Saúde Coletiva, RJ, Abrasco, volume 7, número 3, 2002.

_____. A descentralização no campo da saúde: avanços e impasses na implementação de uma política. Revista Em Pauta, 18. Faculdade de Serviço Social/ UERJ, 2003.

Monnerat, G. L. & Senna, M. C. A seguridade social brasileira: dilemas e desafios. In: Morosini, M. V.; Reis, J. R. F. (orgs) Sociedade, Estado e Direito à Saúde. Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

Monnerat, G.L. et alli. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, número 6, Abrasco/ Fiocruz, 2007.

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

Offredi, C. Viver o RMI sem o I. In: Renda Mínima no debate internacional. Colóquio Internacional Brasil/França/Portugal PUC/SP, (Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro), 2001.

_____. Sinais de recomposição do vínculo social e do vínculo salarial nos programas de inserção. In: Renda Mínima no debate internacional. Colóquio Internacional Brasil/França/Portugal PUC/SP, (Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro), 2001.

_____. A indefinição das políticas públicas de inserção. In: Renda mínima no debate internacional. Colóquio Internacional Brasil/França/Portugal PUC/SP, 2001. (Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro), 2001.

Oliveira, J. & Fleury, S. T. (Im) Previdência Social, Petrópolis, Vozes, 1986.

Pastuk, M. Renda básica de cidadania e política social no Brasil: Elementos para o debate. Tese de doutorado. ENSP/FIOCRUZ, 2005.

Paugam, S. Desqualificação Social: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

_____. A abordagem sociológica da exclusão. In: Vêras, M. P. Por uma sociologia da Exclusão. O debate com Serge Paugam. São Paulo: EDUC, 1999.

Peliano, A. M. (coord). O Mapa do Fim da Fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar. Brasília: IPEA, 1993.

Pereira, P. A assistência Social na perspectiva dos direitos: Crítica aos padrões

dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Editora Thesaurus, 1996.

Pereira, P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez; 2000.

Polanyi, K. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1980.

Quiroga, A. M. et all. Para além da estatística: qualificar o Programa Bolsa Família. Disponível na Biblioteca Virtual do Bolsa Família MDS/ Centro Internacional de Pobreza, acesso em maio de 2008.

Rocha, S. Pobreza no Brasil: Afinal, de que se trata? RJ, FGV, 2003.

Rosanvallon, P. La nueva cuestión social: Repensar el Estado Providencia. Buenos Aires: Manantial, 1996.

_____. A crise do Estado Providência. Goiânia: Editora UNB e Editora UFG, 1997.

Santos, W. G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro. Campus Editora, 1975.

Santos, W. G. A práxis liberal e a cidadania regulada. In: Décadas de Espanto: Uma Apologia Democrática, RJ, Rocco, 1998.

Sen, A. Desigualdade reexaminada, RJ, Record, 2001.

Sen, A. Desenvolvimento como liberdade. Companhia das Letras, 2000.

Senna, M.. Municipalização e controle social: o programa médico de família em Niterói (1992- 1994). Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1995.

Senna, M. & Monnerat, G. et alli. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? Revista Katálysis vol.10. n.1, editora UFSC, Florianópolis, 2007.

Setúbal, A. A. Análise de conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: Martinelli, M. L. (org) Pesquisa Qualitativa: um desafio instigante. Veras Editora, 1999

Silva, M. O. da S. e. Crise da sociedade salarial e renda mínima: Nova Forma de Política Social? Cadernos de pesquisa n. 29. São Paulo: UNICAMP/ NEPP, 1996.

_____. Renda mínima e reestruturação produtiva, Cortez Editora, 1997.

_____. Características e tendências da experiência brasileira” in Renda Mínima no debate internacional, Colóquio internacional Brasil/França/Portugal. Coletânea de textos em versão preliminar para publicação de livro, PUC/SP, SP, 2001.

_____. Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, número 6, ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

_____., Yasbeck, C.M.; Di Giovanni, G. A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

Silva, N.M.S. Desafios à gestão integrada das políticas públicas: Resultados de uma experiência. Faculdade Serviço Social/ mestrado em Serviço Social. 2007.

Silva, P. L. B. et alli. Modelo de avaliação de programas sociais prioritários. Relatório Final, Núcleo de Avaliação de Políticas Públicas, SP, Campinas, mimeo, 1999.

Schottz, V. R. Programa Bolsa Família: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria. Um estudo de caso do município de São Francisco de Itabapoana. RJ. ENSP/FIOCRUZ, 2005.

Scherer, E. Renda mínima de inserção: inclusão e exclusão in Sposati, Aldaísa (org) Renda Mínima e Crise Mundial : saída ou agravamento? SP, Cortez, 1997.

Sposati, A. (org.) Renda Mínima e crise mundial: saída ou agravamento? São Paulo, Cortez, 1997.

_____. Inclusão social e programa de renda mínima. In: Renda Mínima no debate internacional. Colóquio Internacional Brasil/ França/ Portugal PUC/SP, 2001. (Coletânea de O Brasil no rastro da crise, SP, Hucitec, 1994.

_____. A nova questão social” brasileira” in Revista Praga, SP, número 6, Hucitec,1998.

Telles, V.S. Pobreza, movimentos sociais e cultura política: notas sobre as (difíceis) relações entre pobreza, direitos e democracia. In: Diniz, E. Lopes J.S. & Prandi, R. (orgs) O Brasil no rastro da crise. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____. A nova questão social brasileira. In: Revista Praga, São Paulo, n. 6, Hucitec, 1998.

Townsend, Peter. The International analysis of poverty, NY, Harvester Wheatsheaf, 1993.

TCE RJ (Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro). Estudo sócio- econômico. Niterói- RJ. 2006.

TCE RJ (Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro). Estudo sócio- econômico. Niterói- RJ. 2007.

TCU (Tribunal de Contas da União). Avaliação do TCU sobre o Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal: Brasília: TCU: Secretaria de Fiscalização e

Avaliação dos Programas de Governo, 2002.

TCU (Tribunal de Contas da União). Relatório de Auditoria Especial do PBF. Brasília:TCU: Secretaria de Fiscalização e Avaliação dos Programas de Governo, 2004.

Van Parijs, P. Capitalismo e Renda Básica. In: Lua Nova. São Paulo, Cedec, n. 24, 1994.

_____. Más allá de la solidaridad. Los fundamentos éticos del Estado de Bienestar e su superacion. In: Lo Vuolo, Rubén (comp.). Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano. Argentina, Ciepp e Miño y Dávila, 1996.

_____. Renda Básica: Renda mínima garantida para o século XXI? In: Estudos Avançados, 14 (40), 2000.

_____. A renda básica: por que, como e quando nos países dos hemisférios Norte e Sul. In: Econômica/ Revista do Programa de Pós Graduação em Economia da Universidade Federal Fluminense. Niterói: UFF, v. 4, n.1, 1999.

Vanderborgth, Y. & Van Parijs, P. Renda Básica de cidadania: argumentos éticos e econômicos. Civilização Brasileira. 2006.

Viana, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública. 24(4): 5-43,1995.

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

_____. Programa Bolsa Família. Mimeo. 2004.

Vianna, M. L. W. A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

_____. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: Bravo, M. I. S. e Pereira, P. A. P. (orgs) Política Social e Democracia, Cortez Editora, UERJ, 2001.

_____. Seguridade Social e combate à pobreza no Brasil: O papel dos benefícios contributivos. In: Viana, A. L. A.; Elias, P. E. M.; Ibañez, N. (orgs) Proteção Social: dilemas e desafios. S. P., Editora Hucitec, 2005.

Vianna, S.M. A seguridade social e o SUS: re-visitando o tema. Revista Saúde e Sociedade, n. 14(1), jan-abr 2005.

Zancan, L., Bodstein, R. & Willer, B. M. (orgs). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência em Manguinhos. Rio de Janeiro/R.J, ABRASCO/ CIDA-CPHA/ FINEP/ FIOCRUZ, 2002.

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

Legislação

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Brasil. Lei nº 10.835 de 8 de janeiro de 2004.

Brasil. Lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004.

Brasil. Decreto nº. 5.209 de 17 de Setembro de 2004.

Brasil, MDS. Portaria nº 1, de 3 de Setembro de 2004.

Brasil. MDS. Portaria nº. 660, de 11 de novembro de 2004.

Brasil. MDS. Portaria Interministerial nº 3.789, de 17 de Novembro de 2004.

Brasil. MDS. Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de Novembro de 2004.

Brasil. MDS. Portaria nº. 246, de 20 de maio de 2005.

Brasil. MDS. Instrução Normativa nº1, de 20 de maio de 2005.

Brasil. Lei nº 551 de 9 de novembro de 2005.

Brasil. Lei nº 555 de 11 de novembro de 2005.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.749 de 12 de abril de 2006.

Brasil. MDS. Portaria Ministerial nº.148 de 27 de abril de 2006.

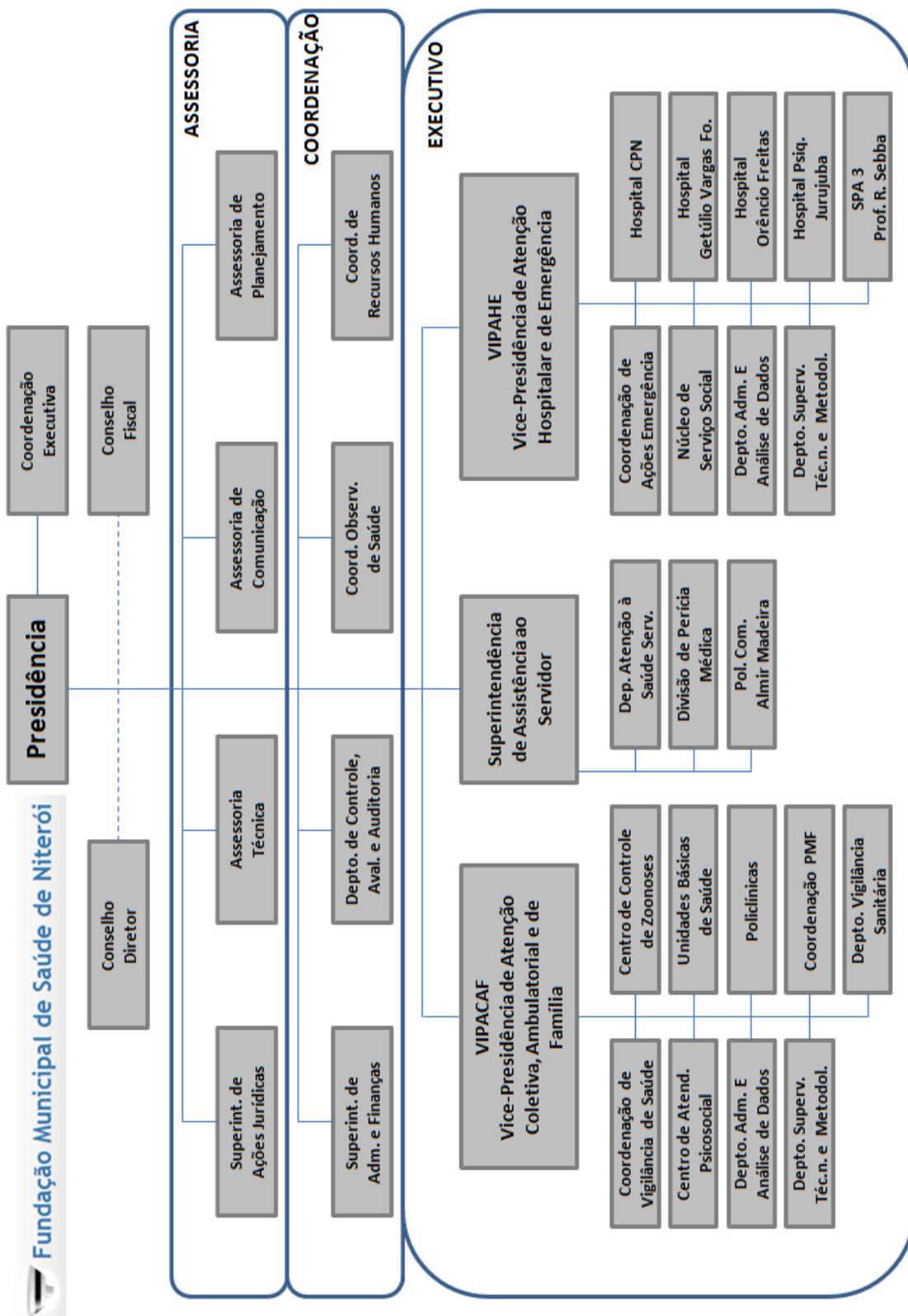
Brasil. MS. Portaria Ministerial nº. 325 de 21 de fevereiro de 2008.

Brasil. MDS. Portaria Ministerial nº 76 de 6 de março de 2008.

Brasil. MDS. Portaria Ministerial nº.321 de 29 de setembro de 2008.

ANEXOS

ORGANOGRAMA FMS-Niterói



ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES (DIRETORES)
DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E POLICLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

1. Como está estruturado o sistema de saúde no município?
2. Qual é papel das Policlínicas e das Unidades Básicas no sistema de saúde local?
3. Como ocorre a relação com o restante da rede de serviços? (Exemplifique com a questão da referência e contra-referência).
4. Com se dá a relação com o PMF?

II) ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Quais são as ações de saúde ofertadas por esta unidade de saúde?
2. Quais são os bairros que a unidade atende?

III) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. O que você acha do Programa?
2. Avalie a implantação do programa no município.
3. Qual a sua opinião sobre a cobrança de contrapartidas?
4. Você conhece a legislação que normaliza o acompanhamento e controle das contrapartidas? Cite alguma legislação que conheça.
5. Como a unidade de saúde está organizada para operacionalizar o acompanhamento das condicionalidades (fale da rotina de atendimento e ações desenvolvidas com as famílias)?
6. Receberam algum tipo de capacitação para implementar o acompanhamento das condicionalidades? Em caso afirmativo, faça uma avaliação do treinamento recebido?
7. Há planejamento em termos de capacitação continuada (para implantar o PBF)?
8. Há algum tipo de mudança na rotina de atendimento da unidade de saúde após a implantação do PBF?
9. Houve algum tipo de resistência à implantação do acompanhamento das condicionalidades do PBF nesta unidade?
10. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços, tais como alterações no número de consultas produzidas (consultas pediátricas, ginecológicas, pré-natal, nutrição, vacinação, e outras?)
11. A equipe responsável pelo acompanhamento das famílias faz críticas à forma como as condicionalidades do PBF esta sendo implementada no município? Há sugestões para promover adequações consideradas necessárias?
12. Considera adequada a forma como é feito o acompanhamento das condicionalidades?
13. As condicionalidades têm cumprido a função (tal como prevista no desenho do programa) de favorecer a adesão aos serviços de saúde?
14. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde é muito baixo (47% em ago/2007), a que você atribui este fato?

IV) INTERSETORIALIDADE

1. A intersetorialidade aparece como eixo central do PBF, em que medida a implantação do PBF no município vem sendo pautado por esta diretriz?
2. Especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o PBF.
3. Qual a sua concepção de intersetorialidade?
4. Esta unidade de saúde tem alguma experiência de desenvolvimento de ação intersetorial? Em caso afirmativo, que tipo de questão/demanda motivou ou tem motivado o diálogo intersetorial? Identifique a presença ou não de organizações da sociedade civil.
5. Há algum tipo de incentivo/indução por parte da SMS/coordenação PMF para promover ações intersetoriais?
6. Esta questão é tematizada em reuniões com gestores que ocupam cargos mais altos na hierarquia da secretaria municipal?
7. Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersetorialidade no município?
8. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersetoriais?
9. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersetoriais?
10. Em sua visão, a instituição das contrapartidas do Programa Bolsa Família tem motivado a promoção da intersetorialidade no município?
11. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o Programa Bolsa Família no âmbito municipal.
12. Como se dá o planejamento e o processo decisório no âmbito das ações intersetoriais no município? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?

V) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Que tipo de capacitação os técnicos que implementam o programa Bolsa Família receberam?
2. Há proposta de capacitação continuada?
3. Há algum tipo de apoio por parte do governo federal e estadual?
4. Quais são as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano da implementação do PBF?

VI) CONTROLE SOCIAL

1. Tem conhecimento de como se dá o controle social no âmbito do PBF?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DO SETOR SAÚDE
PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA MÉDICO DE FAMÍLIA (PMF)

1. Como está estruturado o PMF no município? São quantas equipes? Como estão distribuídas no município? Como se dá o processo de trabalho?
2. Como o PMF se situa no contexto mais geral do sistema de saúde local?
3. Aborde os principais desafios da gestão do PMF no município.

II) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. O que você acha do Programa?
2. Como você vê a implementação do PBF no município?
3. Qual a sua opinião sobre a cobrança de contrapartidas?
4. Como está organizado o acompanhamento das contrapartidas no PMF? Como as famílias beneficiárias estão sendo captadas?
5. Como está definida a rotina de atendimento a essas famílias?
6. Quais são os profissionais envolvidos com a implementação das contrapartidas?
7. Indique os fatores que sua equipe de trabalho considera que facilitam e dificultam o processo de acompanhamento das contrapartidas da saúde.
8. Existem críticas com relação ao PBF? Quais?
9. Há algum tipo de mudança na rotina de atendimento após a implantação do PBF?
10. Sabe-se que o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde é muito baixo (em torno de 20%, em abril de 2007), a que você atribui este fato?
11. Em sua visão, a instituição das contrapartidas tem motivado a promoção da intersetorialidade no município?
12. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o Programa Bolsa Família.
13. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços, tais como: consultas pediátricas, ginecológicas, de nutrição, vacinação, etc? Em caso afirmativo, como a unidade está lidando com isso?
14. Tem conhecimento se, através do PBF, foram captadas famílias e/ou indivíduos com histórico de baixa frequência ou mesmo excluídas dos serviços de saúde?
15. O município desenvolve as ações complementares previstas no PBF? Quais? Em caso negativo, justifique.

III) CONTROLE SOCIAL

1. De que forma o controle social está previsto no desenho do PBF?
2. Como avalia o desempenho do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Niterói?
3. Como o CMAS acompanha o cumprimento das condicionalidades do PBF?

IV) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Que tipo de capacitação a secretaria de assistência social oferece aos técnicos implementadores do programa?
2. Há algum tipo de apoio por parte do governo federal e estadual?
3. Quais são as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano da implementação do PBF?

V) INTERSETORIALIDADE

1. Qual a sua concepção de intersectorialidade? Do ponto de vista do setor saúde, como você vê a questão da intersectorialidade?
2. Estas iniciativas foram implantadas no atual governo ou iniciaram em governos anteriores e tiveram continuidade no atual?
3. Há quanto tempo estas ações intersectoriais estão acontecendo?
4. Quais são as iniciativas de ações intersectoriais existentes no município?
5. Há algum tipo de articulação do setor saúde com outras áreas de política social no município? Descreva. Há envolvimento da sociedade civil?
6. Em caso afirmativo, que tipo de questão/demanda tem motivado o diálogo intersectorial?
7. Existem mecanismos formais de coordenação intersectorial? Especifique (descrever se há fóruns constituídos, mecanismos formais e informais de articulação, frequência dos eventos, atores-chave neste processo).
8. Você pode dar um exemplo de uma ação intersectorial já desenvolvida no município?
9. Como se dá o planejamento e o processo decisório intersectorial? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?
10. Em sua opinião, qual é a visão dos gestores da secretaria de saúde e do PMF sobre a questão da intersectorialidade?
11. Há algum tipo de incentivo/indução por parte da SMS para promover ações intersectoriais?
12. Esta questão é tematizada em reuniões com gestores que ocupam cargos mais altos na hierarquia da secretaria municipal? Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersectorialidade?
13. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
14. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
15. Como os supervisores do PMF e os profissionais do campo vêem a questão da intersectorialidade?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS IMPLEMENTADORES
DO PBF NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E POLICLÍNICAS**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. O que você acha do Programa?
2. Fale sobre a estratégia de cadastramento, critérios de seleção, forma de acesso e valor do benefício.
3. Há quanto tempo esta unidade vem implementando as condicionalidades da saúde?
4. Quais são os profissionais envolvidos com o trabalho?
5. Como se dá a captação das famílias beneficiárias do Bolsa Família?
6. Há famílias que ainda não foram encontradas e que, portanto, não estão sendo acompanhadas? Neste caso, qual é o procedimento adotado por esta unidade de saúde?
7. Como a unidade de saúde se organiza para operacionalizar o acompanhamento das condicionalidades (fale da rotina de atendimento e ações desenvolvidas com as famílias)?
8. Que tipo de registro e/ou sistema de informação existe (na unidade) para a realização deste trabalho? Fale do fluxo de informação existente entre a unidade de saúde e outros níveis de gestão (instâncias da SMS e outras secretarias como educação e assistência social).
9. Houve alguma mudança na rotina de atendimento da unidade de saúde após a implantação do PBF?
10. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços, tais como alterações no número de consultas produzidas (consultas pediátricas, ginecológicas, pré-natal, nutrição, vacinação, e outras?)
11. Tem conhecimento se, através do PBF, a unidade de saúde passou a receber famílias e/ou indivíduos com histórico de baixa frequência (dificuldade de acesso) ou mesmo excluídas dos serviços de saúde?
12. As condicionalidades têm cumprido a função (tal como prevista no desenho do programa) de favorecer a adesão aos serviços de saúde?
13. A equipe responsável pelo acompanhamento das famílias faz críticas à forma como as condicionalidades do PBF esta sendo implementada no município? Quais? Há sugestões para promover adequações consideradas necessárias?
14. Qual a sua opinião sobre a existência de contrapartidas no desenho do PBF?
15. Qual a sua avaliação sobre a forma como é feito o acompanhamento das condicionalidades?
16. Você conhece a legislação que normaliza o acompanhamento e controle das contrapartidas? E as demais leis, portarias e instruções normativas que normalizam o programa Bolsa Família? Conhece especificamente o manual de orientação de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde elaborado pelo Ministério da Saúde?
17. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do

PBF na saúde é muito baixo (em torno de 47% em agosto de 2007), a que você atribui este fato?

II) INTERSETORIALIDADE

1. A intersectorialidade aparece como eixo central do PBF, em que medida a implantação do PBF no município vem sendo pautado por esta diretriz?
2. Especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o PBF.
3. Qual a sua concepção de intersectorialidade?
4. Esta unidade de saúde tem alguma experiência de desenvolvimento de ação intersectorial? Em caso afirmativo, que tipo de questão/demanda motivou ou tem motivado o diálogo intersectorial? Identifique a presença ou não de organizações da sociedade civil.
5. Há algum tipo de incentivo/indução por parte da SMS/coordenação PMF para promover ações intersectoriais?
6. Esta questão é tematizada em reuniões com gestores que ocupam cargos mais altos na hierarquia da secretaria municipal?
7. Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersectorialidade no município?
8. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
9. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
10. Em sua visão, a instituição das contrapartidas do Programa Bolsa Família tem motivado a promoção da intersectorialidade no município?
11. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o Programa Bolsa Família no âmbito municipal.
12. Como se dá o planejamento e o processo decisório no âmbito das ações intersectoriais no município? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?

III) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Receberam algum tipo de capacitação para implementar o acompanhamento das condicionalidades? Em caso afirmativo, faça uma avaliação do treinamento recebido? Qual a instância da secretaria responsável por este treinamento?
2. Há proposta de capacitação continuada?
3. Há algum tipo de apoio por parte do governo federal e estadual?
4. Quais são as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano da implementação do PBF?

IV) CONTROLE SOCIAL

1. Tem conhecimento de como é realizado o controle social no âmbito do Programa Bolsa Família?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
MÉDICO DE FAMÍLIA RESPONSÁVEIS PELA IMPLEMENTAÇÃO DAS
CONDICIONALIDADES DA SAÚDE (SUPERVISORES DE ÁREA)**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO PMF

1. Qual é a área de abrangência do Programa Médico de Família que você supervisiona?
2. Quais são as ações de saúde ofertadas pelo PMF? Qual é a composição das equipes?
3. Qual é o número de famílias adscritas a cada módulo do PMF?
4. Qual é a população total adscrita à área geográfica que você supervisiona?
5. Como ocorre a relação com o sistema de saúde local? (Exemplifique com a questão da referência e contra-referência).

II) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. O que você acha do Programa?
2. Avalie a implantação do programa no município.
3. Qual a sua opinião sobre a cobrança de contrapartidas?
4. Você conhece a legislação que normaliza o acompanhamento e controle das contrapartidas? Cite alguma legislação que conheça.
5. Como a unidade de saúde está organizada para operacionalizar o acompanhamento das condicionalidades (fale da rotina de atendimento e ações desenvolvidas com as famílias)?
6. Receberam algum tipo de capacitação para implementar o acompanhamento das condicionalidades? Em caso afirmativo, faça uma avaliação do treinamento recebido?
7. Há planejamento em termos de capacitação continuada (para implantar o PBF)?
8. Há algum tipo de mudança na rotina de atendimento da unidade de saúde após a implantação do PBF?
9. Houve algum tipo de resistência à implantação do acompanhamento das condicionalidades do PBF nesta unidade?
10. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços, tais como alterações no número de consultas produzidas (consultas pediátricas, ginecológicas, pré-natal, nutrição, vacinação, e outras?)
11. A equipe responsável pelo acompanhamento das famílias faz críticas à forma como as condicionalidades do PBF esta sendo implementada no município? Há sugestões para promover adequações consideradas necessárias?
12. Considera adequada a forma como é feito o acompanhamento das condicionalidades?
13. As condicionalidades têm cumprido a função (tal como prevista no desenho do programa) de favorecer a adesão aos serviços de saúde?
14. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do

PBF na saúde é muito baixo (em torno de 47% em agosto de 2007), a que você atribui este fato?

III) INTERSETORIALIDADE

1. A intersectorialidade aparece como eixo central do PBF, em que medida a implantação do PBF no município vem sendo pautado por esta diretriz?
2. Especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o PBF.
3. Qual a sua concepção de intersectorialidade?
4. Esta unidade de saúde tem alguma experiência de desenvolvimento de ação intersectorial? Em caso afirmativo, que tipo de questão/demanda motivou ou tem motivado o diálogo intersectorial? Identifique a presença ou não de organizações da sociedade civil.
5. Há algum tipo de incentivo/indução por parte da SMS/coordenação PMF para promover ações intersectoriais?
6. Esta questão é tematizada em reuniões com gestores que ocupam cargos mais altos na hierarquia da secretaria municipal?
7. Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersectorialidade no município?
8. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
9. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
10. Em sua visão, a instituição das contrapartidas do Programa Bolsa Família tem motivado a promoção da intersectorialidade no município?
11. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o Programa Bolsa Família no âmbito municipal.
12. Como se dá o planejamento e o processo decisório no âmbito das ações intersectoriais no município? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?

IV) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Que tipo de capacitação os técnicos que implementam o programa Bolsa Família receberam?
2. Há proposta de capacitação continuada?
3. Há algum tipo de apoio por parte do governo federal e estadual?
4. Quais são as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano da implementação do PBF?

V) CONTROLE SOCIAL

1. Tem conhecimento de como se dá o controle social no âmbito do PBF?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O COORDENADOR
DO PBF NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

IDENTIFICAÇÃO:

Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo na SES / Tempo na função atual

1. Quando a SES começou a participar da implantação do PBF?
2. Foi assinado termo de cooperação?
3. Quais as responsabilidades assumidas pela secretaria de saúde neste termo de cooperação? O estado faz algum tipo de complementação de benefício?
4. Qual é a função da secretaria de saúde do Estado na implementação das condicionalidades da saúde? Como a secretaria se estruturou para desenvolver esta função? Qual é o setor da SES responsável pelas condicionalidades? Como isto está organizado no ministério da saúde?
5. Como a SES se relaciona com o governo federal e com os entes municipais?
6. Como funciona o sistema de informação das condicionalidades da saúde? Como se dá o fluxo de informação entre os municípios e a SES e entre a SES e governo federal?
7. Que tipo de dado (ou que tipo de atendimento as famílias devem receber) os municípios devem coletar para cumprir as condicionalidades?
8. A SES trabalha diretamente com o sistema de informação do Cadastro Único?
9. Em caso negativo, tem acesso a estes dados? Isso seria relevante?
10. Tem conhecimento de como o Estado do Rio trabalha com os dados do Cadastro único?
11. Indicadores de acompanhamento das condicionalidades no Estado do Rio? (percentual cobertura do Estado Rio de Janeiro? Quais municípios têm menores coberturas? Quais apresentam maiores coberturas?)
12. Principais desafios e dificuldades para as secretarias de saúde cumprirem as condicionalidades.
13. Número famílias parcialmente acompanhadas é grande? Quais são os grupos populacionais acompanhados? Qualidade da informação recebida pela SES?
14. Intersetorialidade: Concepção do entrevistado?
15. Existe uma dinâmica intersetorial com relação ao Programa Bolsa Família?
16. Após a implantação do PBF e posterior controle das condicionalidades, houve ampliação da cobertura dos serviços de saúde? Aumentou acesso aos serviços de saúde?
17. Grau de autonomia da SES com relação às decisões sobre o programa? Secretaria estadual pode bloquear/ desbloquear o benefício?
18. Estado recebe o IGD?
19. O que o IGD tem representado para os municípios?
20. Os municípios receberam treinamento para implantar o PBF?
21. Grau de informação sobre o Programa. Os municípios têm dúvidas de como implementar as condicionalidades da saúde?
22. Houve resistências dos profissionais com relação ao programa?
23. Legado programas de transferência condicionada de renda na saúde: Estado implantou o Programa Bolsa Alimentação? Tem conhecimento de como este processo aconteceu em Niterói?
24. Tem informação sobre a forma como se deu o processo de cadastramento do PBF?
25. A saúde participou? Como foi a migração do PBA para o PBF?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GESTOR ESTADUAL DO PBF
SECRETARIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) PAPEL DO ESTADO NA GESTÃO DO PROGRAMA

1. Estrutura da secretaria estadual para desenvolver o PBF. Há coordenação intersecretorial estruturada?
2. Equipe responsável.
3. Termo de adesão ao PBF? Estado complementa o valor do benefício?

II) CADASTRO ÚNICO

1. Que tipo de ação o Estado desenvolve com relação às atividades relacionadas ao CadÚnico?
2. O Estado tem política de capacitação dos municípios para executar ações de cadastramento e monitoramento dos dados coletados?
3. Como os dados do CadÚnico têm sido utilizados pelo Estado e municípios?
4. Como vem ocorrendo a incorporação de outros programas de transferência de renda ao PBF? (PETI e outros programas municipais e/ou estadual)
5. Principais dificuldades e facilidades encontradas no processo de gestão do cadastro único? (por parte do Estado e dos municípios).
6. Avalie as condições que o Estado e municípios têm para realizar a gestão de benefícios, como por exemplo: bloqueio e desbloqueio, cancelamento, reversão do cancelamento, etc.

III) CONDICIONALIDADES

1. Que tipo de ação o Estado vem desenvolvendo para incentivar o acompanhamento das condicionalidades.
2. Há política de capacitação continuada no que diz respeito às condicionalidades?
3. Avalie a situação atual do acompanhamento das condicionalidades? (Educação e saúde)
4. Condicionalidades da saúde: fale das principais dificuldades, qual o critério para definir famílias totalmente acompanhadas e famílias parcialmente acompanhadas.
5. Como se dá a relação da secretaria estadual de assistência social com a secretaria de saúde para realizar o acompanhamento das condicionalidades da saúde?
6. A que atribui o fato do Estado do Rio de Janeiro estar entre os estados da União que apresenta percentual de acompanhamento das condicionalidades abaixo da média nacional?
7. Dificuldades e facilidades para implementar as condicionalidades do PBF.
8. A secretaria estadual de assistência social realiza ou incentiva outras ações que visem ampliar e potencializar a rede de proteção social às famílias beneficiárias do PBF?
9. Como avalia a implementação das condicionalidades em Niterói?

IV) RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS

1. Como se dá a relação com os municípios e governo federal?
2. Fluxo de comunicação e informação?
3. Há Encontros e reuniões freqüentes e formalizadas? Como se dá o diálogo entre as diferentes instâncias de governo?
4. Principais entraves a implementação da gestão compartilhada?

V) CONTROLE SOCIAL

1. Papel do Estado no que se refere ao controle social?
2. Como vem ocorrendo (de fato) o controle social?

VI) ESTRUTURA DE INCENTIVOS / AVALIAÇÃO / OPINIÃO SOBRE O PBF

1. Principais incentivos do Estado para as administrações locais implementarem o programa Bolsa Família?
2. Há mecanismos de avaliação da implementação do PBF no Estado?
3. Opinião sobre o PBF.
4. Opinião sobre as contrapartidas do PBF.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (COORDENADOR DO PBF)**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

**D) IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) NO
MUNICÍPIO DE NITERÓI**

1. Antes da implantação do PBF o município já estava implementando os programas federais de transferência de renda? Quais? Quais eram as secretarias responsáveis pela coordenação de tais programas? Faça uma avaliação dessa experiência.
2. Qual a sua opinião sobre o PBF? Comente o que considera como pontos positivos e negativos.
3. Como se deu o processo de implantação do programa em Niterói? (data, termo de adesão, termo de cooperação - o município faz complementação do valor do benefício?)
4. Como foi o processo de cadastramento das famílias em Niterói? Que tipo de incentivo o município recebeu e/ou ainda recebe para manter atualizado o cadastro? Há problemas de má focalização do Programa?
5. Como se deu a unificação dos programas de transferência de renda remanescentes no PBF? Hoje este processo (a migração) já está terminado? Como está a unificação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) no PBF em Niterói?
6. Quantas famílias recebem a Bolsa Família em Niterói atualmente? Como é definido o número de famílias a serem atendidas no município? O quantitativo de bolsas é suficiente?
7. Quais as condições concretas que o município tem para implementar o Bolsa Família em termos de estrutura gerencial, estrutura física, pessoal técnico e de apoio (os profissionais estão capacitados?) e equipamentos (inclusive de informática).

II) CONTRAPARTIDAS

1. Qual a sua opinião sobre as contrapartidas do PBF?
2. Qual a sua avaliação sobre a legislação que normatiza as contrapartidas?
3. Como vem sendo trabalhadas as condicionalidades do PBF em Niterói?
 - a) Especificar as formas adotadas para acompanhamento e controle das condicionalidades.
 - b) Especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação entre assistência, saúde e educação: destacar fluxo de informação e processo decisório.
 - c) Especificar que tipo de trabalho/acompanhamento é realizado com as famílias.
4. O município desenvolve as ações complementares previstas no programa?
5. Há casos de famílias beneficiárias do programa no município que passaram por algum tipo de advertência ou punição em função de não cumprimento das contrapartidas?
6. Indique os fatores que a equipe de trabalho da Secretaria de Assistência Social considera que facilitam e dificultam o processo de acompanhamento das contrapartidas da saúde e educação.
7. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde é muito baixo (em torno de 20%, em abril de 2007), a que você atribui este fato?
8. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços de saúde e educação?
9. Tem conhecimento se, através do PBF, os serviços sociais do município receberam famílias e/ou indivíduos com histórico de baixa frequência ou mesmo de exclusão de tais serviços?
10. Como vê o alcance concreto das contrapartidas em relação à autonomização das famílias beneficiárias do PBF?
11. O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) estabelece uma relação entre contrapartidas e inclusão social, como você vê esta questão?
12. Qual a sua opinião sobre as propostas de avaliação e monitoramento do PBF?
13. Sua equipe faz críticas ao PBF? Quais? Há sugestões com relação ao programa?
14. Como se dá a relação entre o PBF e o SUAS?
15. Como vê a implantação do SUAS no município?

III) INTERGOVERNABILIDADE E INTERSETORIALIDADE

1. Como se dão as relações intergovernamentais no que tange à implementação do PBF? Que tipo de apoio o município tem recebido por parte dos governos estadual e federal?
2. Na sua opinião, quais os principais desafios para promover a intersectorialidade das políticas sociais no país? Com esta discussão está se dando no Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e especificamente âmbito do SUAS e do PBF?
3. Há algum tipo de articulação intersectorial no município de Niterói?
4. Há iniciativas intersectoriais que envolvem o PBF?
5. Na sua visão, a instituição das contrapartidas do PBF tem motivado a promoção da intersectorialidade no município?
6. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o Programa Bolsa Família.

IV) CONTROLE SOCIAL

1. De que forma o controle social está previsto no desenho do PBF?
2. Como avalia o desempenho do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Niterói?
3. Como o CMAS acompanha o cumprimento das condicionalidades do PBF?

V) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Que tipo de capacitação a secretaria de assistência social oferece aos técnicos implementadores do programa?
2. Há algum tipo de apoio por parte do governo federal e estadual?
3. Quais são as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano da implementação do PBF?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DOS
CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

1. Como está a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município?
2. Como está organizada a estrutura descentralizada dos CRAS? Critérios adotados pelo município para implantação dos CRAS?
3. Quais os programas e ações desenvolvidos nos CRAS?
4. Qual é a composição da equipe?
5. Relação oferta /demanda por serviços?

II) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. Antes da implantação do PBF o município já estava implementando os programas federais de transferência de renda? Quais? Quais eram as secretarias responsáveis pela coordenação de tais programas? Faça uma avaliação dessa experiência e aponte dificuldades e aprendizados.
2. Qual a sua opinião sobre o PBF?
3. Como se deu o processo de cadastramento das famílias em Niterói? Aponte dificuldades e facilidades. O município recebeu e/ou ainda recebe algum tipo de incentivo para manter atualizado o cadastro?
4. Como se deu a unificação dos programas de transferência de renda remanescentes no PBF? Hoje este processo (ou a migração) já está terminado? Como está a unificação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) no PBF?
5. Como é definido o número de famílias a serem atendidas no município? O quantitativo de bolsas é suficiente? Na sua opinião, o PBF tem atingido os grupos que mais precisam?
6. Existe ou existiu algum tipo de reação contrária à implantação do PBF no município? De que tipo? Por parte de quem?
7. Utiliza os dados do Cadastro Único para planejar as ações locais?

III) CONTRAPARTIDAS

1. Qual a sua opinião sobre as contrapartidas do PBF?
2. Qual a sua avaliação sobre a legislação que normatiza as contrapartidas?
3. Como vem sendo trabalhadas as condicionalidades do PBF em Niterói?
 - a) especificar as formas adotadas para acompanhamento e controle das condicionalidades.
 - b) especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação entre assistência, saúde e educação: destacar fluxo de informação e processo decisório.
 - c) especificar que tipo de trabalho/acompanhamento é realizado com as famílias
4. O município desenvolve as ações complementares previstas no programa?
5. Há casos de famílias beneficiárias do programa no município que passaram por algum tipo de advertência ou punição em função de não cumprimento das contrapartidas?
6. Indique os fatores que os profissionais deste CRAS consideram que facilitam e dificultam o processo de acompanhamento das contrapartidas.
7. Sabe-se que em Niterói o índice de acompanhamento das condicionalidades do PBF na saúde é muito baixo, a que você atribui este fato?
8. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta/demanda de serviços da assistência social?
9. Tem conhecimento se após a implantação do PBF os serviços sociais do município passaram a receber famílias e/ou indivíduos com histórico de baixa frequência ou mesmo e excluídos de tais serviços?
10. Sua equipe faz crítica ao PBF? Quais? Há sugestões para qualificação do processo de implementação local?

IV) INTERSETORIALIDADE

1. O que entende por intersectorialidade?
2. Na sua opinião quais são os principais desafios para promover a intersectorialidade das políticas sociais no país? Como esta discussão está se dando no âmbito do SUAS?
3. Niterói tem experiência de articulação intersectorial?
4. Há iniciativas intersectoriais que envolvem o PBF nesta área de abrangência do CRAS?
5. Em caso afirmativo, especificar as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersectorial para desenvolver o Programa Bolsa Família.

V) CONTROLE SOCIAL

1. Tem conhecimento de como deve ocorrer o controle social no âmbito do PBF?
2. Como este processo vem se dando em Niterói?
3. Como avalia o desempenho do CMAS no município?

VI) CAPACITAÇÃO PARA O PROGRAMA

1. Que tipo de capacitação vocês receberam para implementar o PBF?
2. Existe política de capacitação permanente?
3. Quais as principais dificuldades dos profissionais no cotidiano de implementação do PBF?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTES DAS SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL NO
COMITÊ INTERSETORIAL DE POLÍTICAS SOCIAIS**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

INTERSETORIALIDADE

1. Qual a sua concepção de intersectorialidade? Como você vê a questão da intersectorialidade?
2. Fale da experiência de Niterói no que tange às ações intersectoriais. Estas iniciativas foram implantadas no atual governo ou iniciaram em governos anteriores e tiveram continuidade no atual?
3. Há quanto tempo estas ações intersectoriais estão acontecendo?
4. Que tipo de questão/demanda tem motivado o diálogo intersectorial?
5. Existem mecanismos formais de coordenação intersectorial? Especifique (descrever se há fóruns constituídos, mecanismos formais e informais de articulação, frequência dos eventos, atores-chave neste processo).
6. Você pode dar um exemplo de uma ação intersectorial já desenvolvida no município?
7. Como se dá o planejamento e o processo decisório intersectorial? Como são definidas as prioridades? Que tipo de conflito você identifica neste processo?
8. Em sua opinião, qual é a visão dos gestores da Secretaria a qual você pertence sobre a questão da intersectorialidade?
9. Há algum tipo de incentivo/indução por parte dos gestores de sua Secretaria para promover ações intersectoriais?
10. Esta questão é tematizada em reuniões com gestores que ocupam cargos mais altos na hierarquia da secretaria municipal? Em sua opinião, qual o grau de prioridade dada ao objetivo de promover a intersectorialidade?
11. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
12. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setor saúde) para desenvolver ações intersectoriais?
13. Como os profissionais da sua Secretaria vêem a questão da intersectorialidade?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO NO COMITÊ INTERGESTOR DO PBF**

IDENTIFICAÇÃO:

Nome / Profissão / Cargo / Tempo no cargo / Tempo de trabalho na instituição

I) HISTÓRIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO:

1. Fale da trajetória de implementação do Programa Bolsa Escola (PBE) em Niterói: ano de implantação, cobertura do programa (número de bolsas), forma de operacionalização, profissionais envolvidos, como era feito o cadastramento, etc.
2. O Bolsa Escola exigia contrapartida das famílias? De que tipo? Alguma família chegou a perder o benefício em razão de não cumprimento das contrapartidas, ou seja, havia algum tipo de sanção definida?
3. Após a implantação do Bolsa Escola houve mudança no padrão de oferta de matrículas, ou seja, aumentou o número de matrículas na escola?
4. Como se deu a transição do PBE para o PBF? Fale das mudanças na rotina de atendimento após a implantação do PBF?

II) PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

1. Qual a sua opinião sobre o PBF? O que acha da cobrança de contrapartidas? Qual a sua opinião sobre o cadastro único?
2. Como as famílias beneficiárias (ou as crianças e adolescentes em idade escolar) estão sendo captadas?
3. Como está organizado o acompanhamento das condicionalidades na educação? Que tipo de ação é desenvolvida com as famílias? Como está definida a rotina de atendimento a essas famílias, que tipo de sistema de informação é utilizado e como os dados são repassados para o MEC e MDS?
4. Após a implantação do PBF houve mudança no padrão de oferta matrículas? Em caso afirmativo, como se está lidando com isso?
5. Tem conhecimento se, através do PBF, foram captadas crianças que estavam fora da escola?
6. As crianças e adolescentes que recebem o benefício do PBF têm maior índice de frequência escolar do que as que não estão incluídas no programa?
7. Qual é o índice de acompanhamento das condicionalidades da educação em Niterói? Há casos de famílias beneficiárias no município que passaram por algum tipo de advertência ou punição em função de não cumprimento das condicionalidades?
8. Como a secretaria de educação procede em caso de inadimplência com relação ao PBF? Como se faz para ter acesso a estas famílias? Há muitas famílias não encontradas? Há estratégias de acompanhamento diferenciada para estas famílias? Quais?
9. De modo geral, como você vê a implementação do PBF no município? Identifique dificuldades e facilidades.

III) INTERSETORIALIDADE

1. Fale sobre a história de criação do Comitê Intergestor do PBF no município (data criação, motivação, composição, frequência reuniões, pauta de discussões, ações desenvolvidas e há quanto tempo vem sendo desenvolvidas). Especifique as estratégias e mecanismos gerenciais formais e informais de articulação intersetorial para desenvolver o Programa Bolsa Família.
2. Como se dá o planejamento e o processo decisório no interior do Comitê Intergestor do PBF? Como são definidas as prioridades? Identifique dificuldades e facilidades neste processo?
3. Há algum tipo de incentivo/indução por parte dos secretários de educação, saúde e assistência social para promover ações intersetoriais no âmbito do PBF?
4. Quais são as principais dificuldades (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersetoriais no âmbito do PBF?
5. Quais são os aspectos facilitadores (intra e extra setoriais) para desenvolver ações intersetoriais no âmbito do PBF?
6. Em sua visão, a instituição das condicionalidades do PBF tem motivado a promoção da intersetorialidade no município?
7. Qual a sua concepção de intersetorialidade?
8. Como avalia a implementação das ações complementares previstas no desenho do PBF no município?
9. O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) estabelece uma relação entre contrapartidas e inclusão social, como você vê esta questão?
10. Sua equipe faz críticas ao PBF? Quais? Há sugestões com relação ao programa?