

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ)”

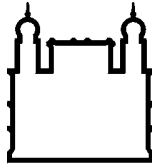
por

Hayda Josiane Alves

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes

Rio de Janeiro, julho de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ)”

apresentada por

Hayda Josiane Alves

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Antônio de Castro Santos

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Prof. Dr. Alberto Lopes Najar

Prof.^a Dr.^a Sarah Maria Escorel de Moraes – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 30 de julho de 2013.

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

A474 Alves, Hayda Josiane

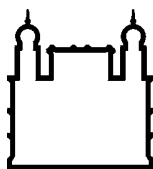
Programa Bolsa Família, Saúde da Família e processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no município de Silva Jardim (RJ). / Hayda Josiane Alves. -- 2013.

365 f. : tab. ; mapas

Orientador: Moraes, Sarah Maria Escorel de
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Iniquidade Social. 2. Pobreza. 3. Isolamento Social.
4. Equidade em Saúde. 5. Saúde da Família. 6. Política Social.
7. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12098153



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

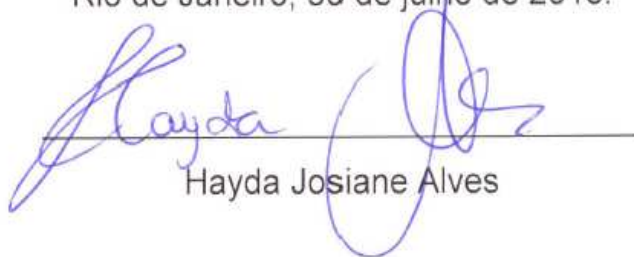


ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

A U T O R I Z A Ç Ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 30 de julho de 2013.



Hayda Josiane Alves

**Dedico ao meu querido Cadu,
Ao nosso futuro...**

AGRADECIMENTOS

O interesse por este tema de pesquisa, a teimosia em perseguí-lo e as dificuldades em desenvolvê-lo a partir de um olhar mais acadêmico e menos apaixonado, além da alegria de poder concluir um trabalho no qual se acredita, marcam minha trajetória neste processo de doutoramento. Agradeço a todas as pessoas que acompanharam e me apoiaram nestes caminhos, em especial...

À minha família, pelo apoio tão presente apesar da distância. Obrigada pelo imenso valor atribuído a cada pequena conquista que obtive desde que saí de nossa Carbonita (MG) e pelos atos de afeto em lugar das “palavras de luxo”. Agradeço aos meus avós, Raimunda e Antônio (*in memoriam*); meus pais, Ana Maria e José Alves e minha irmã, Karina.

Aos meus sogros Jane e Carlinhos, e ao primo Gil, que não medem esforços para nos ajudar. À querida Andréia por cuidar da gente!

À minha amiga-irmã Ana Paula Dal-cin pela amizade presente e incondicional. À Cláudia Campanati, Luciano, Rita, Sheila e Ruth pela amizade e presença alegre!

Aos meus amigos da UFF, companheiros do Departamento Interdisciplinar que contribuíram de diferentes formas para que eu pudesse concluir este trabalho. À minha querida amiga Ana Márcia pelo apoio e afeto tão essenciais. À Betinha pelas cumplicidades...teóricas, políticas, afetivas, festivas, etc. Às meninas da Saúde Coletiva, Lidinha, Anun e Sueli por “segurarem a barra” com tanto carinho para que eu pudesse finalizar a tese. Aos queridos amigos Kátia, Ramiro, Cris Brites, Edu, Rai, Paula Cirelli, Ranieri, Rodrigo (Obrigada pela ajuda com informações ambientais!), Suenya e Wanderson, obrigada pelas preciosas indicações bibliográficas, livros emprestados, companheirismo, churrascos, feijoadas, etc. Ao adorável trio: Bruno Teixeira, Edinho e Felipe, pelo incentivo e presença festiva, sempre! À Sol (Solange Dias) pela amizade com café e bolo! Às queridas Michele e Livia pelas “ajudas” com bom humor e perspicácia!

À querida Esther Naíza Amirato pela ajuda com as tabelas do IBGE.

Aos queridos amigos nordestinos... À Ângela, pela parceria, amizade acolhedora e jantares maravilhosos! Ao Adriano e Patrício pelos debates, risadas e implicâncias!

Aos amigos de doutorado Deise, Cláudia Tartaglia, Edwin, Carmem, Glauco, Gilberto, etc., enfim, uma turma maravilhosa e inesquecível!

À minha amiga acreana, Valéria, obrigada por poder conviver e apreender com a sua fortaleza. À Fernanda, obrigada ela acolhida e carinho.

À UFF, Proppi, pelo auxílio qualificação no último ano de doutorado. Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ.

Aos membros da Banca Examinadora da Tese. Em especial aos Profs. Luiz Antônio de Castro Santos e Alberto Najar, pelas preciosas contribuições na Banca de Qualificação, pelas indicações bibliográficas, incentivos e conversas esclarecedoras sobre teorias difíceis para mim.

Aos professores da ENSP/FIOCRUZ com os quais tive oportunidade de aprender ao longo do curso, em especial, Patrícia Tavares, Sílvia Gerschman, Célia Leitão, Lígia Giovanella e Fernando Telles.

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Silva Jardim pela acolhida, acesso a informações do setor e por viabilizar e mediar o contato com as Unidades de Saúde da Família. Em especial ao Genilson Boechat, Inácio C.G.Araújo, Érica N. de Freitas, Mariene Miranda, Dnajara Aguiar e Tatiana Braga. Agradeço ao Rafael, fisioterapeuta do NASF, por me auxiliar com os endereços das áreas da Saúde da Família. Ao médico Antônio Santa Rosa pelas preciosas informações sobre a Saúde da Família em Silva Jardim.

Aos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família de Silva Jardim de Cidade Nova, Caxito, Imbaú e Varginha. Em especial, meu sincero agradecimento e respeito ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde destas Unidades.

Às famílias beneficiárias e ex-beneficiárias do Programa Bolsa Família de Silva Jardim que me receberam em suas casas, colaboraram com a pesquisa e me ensinaram tanto e com tanta sabedoria, simplicidade e calor humano, próprios dos setores populares.

Ao apoio dos gestores da Secretaria Municipal de Trabalho, Habitação e Promoção Social de Silva Jardim. Em especial a Ana Beatriz C. A. Lara e Cláudia N. de A. Mothé. Ao Josué Albério Silva, pela disponibilidade e preciosa colaboração para obtenção do Relatório Analítico do SIBEC.

À Ana Sílvia Gesteira pela disposição nas correções de português.

De todo meu coração... agradeço ao meu companheiro, Cadu, cuja paciência e compreensão foram cruciais para lidar com minhas angústias e dificuldades. Obrigada pelo amor e cumplicidade.

Finalmente, e não menos especial, o meu sincero agradecimento e respeito à minha orientadora, Profa. Sarah Escorel. Obrigada pela orientação segura, exigente e crítica, tão importante desde o ingresso no doutorado, e, sobretudo, para o desenvolvimento e conclusão da tese. Meu reconhecimento pela oportunidade em aprender com a sua enorme capacidade intelectual.

A miséria é de quem a sofre;
A responsabilidade, porém, cabe a todos nós.

Florestan Fernandes¹

¹ Fernandes F. A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica. Editora Guanabara, 5ª ed. São Paulo: Globo, 2006.

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo compreender as repercussões do Programa Bolsa Família (PBF), analisar seus efeitos nos processos de inclusão e exclusão social vividos pelas famílias pobres, e sua influência na coesão social, além de sua potencialidade para enfrentar iniquidades em saúde. A investigação de abordagem qualitativa empregou a metodologia de estudo de caso com utilização das técnicas de observação participante, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas de famílias beneficiárias e ex-beneficiárias do PBF. O estudo foi conduzido em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro (Brasil), com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, elevado Índice de Exclusão Social, e cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os processos de exclusão social e suas dimensões – econômica, social, política e cultural –, foram utilizadas para orientar a coleta e análise dos dados. Entre os resultados destacam-se: O programa favoreceu a inclusão social das famílias pobres, especialmente nas dimensões econômica e social, apesar de não promover as mudanças reivindicadas pelos beneficiários na esfera do trabalho. Os efeitos na dimensão política foram limitados pelo funcionamento inadequado das instâncias de controle social. Os entrevistados destacaram os efeitos positivos da ESF relacionados ao usufruto do direito à saúde, em particular a ampliação do acesso e utilização de serviços de saúde. No entanto, esses efeitos mostraram-se desvinculados do PBF e ainda permanecem os desafios de estabelecer ações e estratégias intersetoriais que vinculem o PBF à ESF. Conclusão: Os resultados do estudo indicam como o PBF reduz vulnerabilidades sociais em face de processos de exclusão social vividos por segmentos mais pobres. Por outro lado, aponta também limites e desafios do PBF para o enfrentamento de iniquidades e determinantes sociais da saúde que de modo mais permanente alterem as dinâmicas de exclusão/inclusão social de famílias vivendo em situação de pobreza.

Palavras-chave: exclusão social; pobreza; equidade em saúde; saúde da família; política social; Brasil.

ABSTRACT

The research aimed to understand the impact of the *Bolsa Família* Program (BFP), analyze its effects on the processes of social inclusion and exclusion experienced by poor families, and its influence on social cohesion, as well as their potential to address health inequities. The research employed a qualitative methodology of case study using the techniques of participant observation, documentary research and semi-structured interviews of beneficiary families and former beneficiaries of the BFP. The study was conducted in a small city in the state of Rio de Janeiro (Brazil), with low Human Development Index, high Social Exclusion Index, and 100% coverage of the Family Health Strategy (FHS). The processes of social exclusion and its dimensions - economic, social, political and cultural - were used to guide data collection and analysis. **Results:** The program improved the dynamics of social inclusion of poor families, especially in economic and social dimension, though it did not promote changes claimed by the beneficiaries in the labor sphere. The effects on the political dimensions were limited by inadequate functioning of social control. Respondents highlighted the positive effects of FHS concerning enjoyment of health rights, in particular to increase access and use of health services. However, these effects were withdrawn from the BFP and challenges still remain to establish intersectoral actions and strategies that link the BFP to FHS. **Conclusion:** The results of the study indicate how the BFP reduces social vulnerabilities and faces social exclusion experienced by poor families. However also highlights limits and challenges of BFP to face inequities, and social determinants of health that more permanently alter the dynamics of social exclusion / inclusion of families living in poverty.

Key words: poverty, equity in health, family health, social policy, Brazil.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	20
CAPÍTULO I – MARCO REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
1.1 O termo “exclusão” para enunciar e tratar questão social na atualidade	28
1.2 Coesão social: um contraponto à fragmentação da sociedade	42
1.3 Equidade em Saúde: as expressões da questão social e o debate ético na saúde.....	53
CAPÍTULO II - Proteção social e seguridade: notas sobre tendências políticas e medidas para o enfrentamento da pobreza	61
2.1 Tendências das políticas sociais após a década de 1990 no Brasil e a centralidade dos programas de combate à pobreza nos anos 2000.....	67
2.2 A importância da Estratégia de Saúde da Família para a proteção social.....	76
CAPÍTULO III - PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	82
3.1 Desenho Institucional.....	82
3.2 Avanços e desafios do Programa Bolsa Família	90
CAPÍTULO IV - ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	105
4.1 Definição do campo.....	106
4.2 Definição dos participantes	113
4.3 O trabalho de campo	116
4.4 A análise dos dados empíricos	125
4.5 Aspectos Éticos	137
4.6 O encontro com a realidade social: a entrada no campo.....	126
4.6.1 O campo e as famílias entrevistadas.....	130
4.6.1a A visão das famílias sobre os beneficiários do PBF	126
CAPÍTULO V - CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO: MUNICÍPIO DE SILVA JARDIM	139
5.1 Breve histórico sobre a formação do município	139
5.2 Aspectos territoriais, socioambientais e socioeconômicos	140
5.3 Condições dos domicílios e organização familiar	151
5.4 Sistema Local de Saúde	154
5.5 Serviços Sócio-assistenciais	171
CAPÍTULO VI - AS FAMÍLIAS DE SILVA JARDIM E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	174
CAPÍTULO VII – RESULTADOS	192
7.1 As repercussões do PBF na dimensão econômica	192
7.1.1 O PBF e as vulnerabilidades econômicas: efeitos nas condições de vida	208
7.1.1a O PBF como apoio à renda de famílias que vivem em contextos de inserção ocupacional precária.....	209
7.1.1b O PBF como "dinheirinho" certo: a importância do programa na coesão social.....	214

7.1.1c Sem Estado e sem trabalho: o PBF e os limites à inclusão produtiva.....	217
7.1.2 O PBF e as vulnerabilidades econômicas: efeitos no atendimento às necessidades das famílias trabalhadoras ocupadas.....	221
7.1.2a Sobreviver por um fio: o PBF como recurso à falta de fontes de renda em situação de falta de trabalho	225
7.1.2b "Um dinheirinho que ajuda a aguentar": o PBF como complemento de renda para suprir precariamente às necessidades das famílias.....	229
7.2 As repercussões do PBF na dimensão social.....	235
7.2.1 "Ser alguém na vida": o PBF e a busca por um lugar social à partir da educação	237
7.2.2 O PBF e a dinâmica familiar: efeitos no empoderamento das mulheres e nas relações de consumo	251
7.3 As repercussões do PBF na dimensão cultural.....	263
7.3.1 A estigmatização dos indivíduos pobres focalizados pela política social.....	263
7.3.2 A identidade feminina e o PBF: da vida privada à esfera pública	270
7.4 As repercussões do PBF na dimensão política.....	274
7.4.1 "Do favor ao direito": o ingresso no PBF pode significar a porta de entrada para a política de assistência social	276
7.4.2 "O direito de existir": a inscrição no PBF e o reconhecimento jurídico do cidadão.	286
7.4.3 Entre o direito à proteção social e o cumprimento ds obrigações do PBF: pontes construídas na ESF	288
7.4.3a As condicionalidades da saúde como um certificado de participação no programa.....	290
CAPÍTULO VIII - A Estratégia de Saúde da Família e as dinâmicas de exclusão e inclusão social.....	295
8.1 A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de beneficiários e ex-beneficiários do PBF em Silva Jardim	298
8.1.1 A ESF como mecanismo capaz de promover inclusão social	299
8.1.1a A importância da ESF para oferecer assistência territorializada, diferenciada e sensível às demandas das famílias	302
8.1.2 Desafios para uma atenção à saúde integral e resolutiva	304
CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS	319
REFERÊNCIAS.....	327
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	345
APÊNDICE I.....	346
APÊNDICE II	352
APÊNDICE III.....	358
APÊNDICE IV	360
APÊNDICE V	361
APÊNDICE VI	362

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapas político administrativos do município de Silva Jardim	140
Figura 2. Organograma da SMSSJ em 2011	156
Figura 3. Transferências orçamentárias do SUS segundo grandes blocos da assistência em saúde, Silva Jardim, RJ, 2002-2012	167

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Abrangência, Gastos, Focalização do PBF, Brasil, 2004 a 2008	91
Tabela 2. Efeitos do PBF na desigualdade econômica, renda média familiar e níveis de pobreza, Brasil, 2004 a 2006	93
Tabela 3. Participação, por atividade econômica, no valor adicionado bruto de Silva Jardim, RJ, 2009	144
Tabela 4. População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e sexo, e razão de sexo Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	145
Tabela 5. População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e grupos de idade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	146
Tabela 6. Distribuição de pessoas de 10 anos ou mais de idade por condição de atividade e de ocupação na semana de referência e ocupados por posição e categoria do emprego no trabalho principal, Silva Jardim, RJ, 2010	147
Tabela 7. Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade segundo percentual de alfabetização, Silva Jardim, RJ, 1991 a 2010	148
Tabela 8. Distribuição da população residente por frequência, tipo de curso e local da escola ou creche na rede de ensino, Silva Jardim, RJ, 2010	149
Tabela 9. Proporção de crianças de 0 a 5 anos de idade residentes em domicílios particulares permanentes segundo alfabetização do responsável ou cônjuge e saneamento inadequado,. Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2000 e 2010	150
Tabela 10. Distribuição percentual dos domicílios* segundo organização e composição da unidade familiar, Silva Jardim, RJ, 2010	152
Tabela 11. Distribuição dos domicílios permanentes por número de cômodos e dormitórios e por tipo de bens duráveis existentes, Silva Jardim, RJ, 2010	153
Tabela 12. Distribuição percentual dos domicílios particulares permanentes* por tipo de saneamento, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2010	154
Tabela 13. Distribuição dos domicílios permanentes segundo abastecimento de água canalizada no domicílio, terreno ou propriedade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2010	154
Tabela 14. Evolução da Implantação da Saúde da Família. Silva Jardim, RJ, julho de 1998 a março de 2013	162
Tabela 15. Mortalidade proporcional para todas as faixas etárias segundo grupo de causa – CID 10 em Silva Jardim, RJ, 2008	168

Tabela 16. Série histórica de incidência anual de tuberculose, AIDS e Dengue por 100.000 habitantes e Taxa anual de Hanseníase por 10.000 habitantes, Silva Jardim, municípios do CONLESTE e Estado do Rio de Janeiro, 1996 a 2006	169
Tabela 17. Distribuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, causas externas, agressões, acidentes de transporte, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e neoplasias, Silva Jardim, CONLESTE, 1997 a 2006	170
Tabela 18. Informações sobre o PBF segundo número de famílias beneficiárias, cobertura percentual e evolução da cobertura do programa entre famílias com renda <i>per capita</i> de até R\$140,00 em Silva Jardim, RJ e Brasil de 2004 a 2012	172
Tabela 19. Percentual de acompanhamento das condicionalidades de Saúde e Educação do PBF em Silva Jardim, RJ, 2012	172
Tabela 20. Distribuição dos titulares do PBF segundo sexo, situação do domicílio, idade, condição de pobreza e adscrição à Unidade de Saúde da Família, Silva Jardim, RJ, Brasil, dezembro de 2011	175
Tabela 21. Distribuição dos dependentes beneficiários do PBF segundo idade. Silva Jardim, RJ, Brasil, dezembro de 2011	176
Tabela 22. Distribuição dos benefícios liberados pelo PBF às famílias beneficiárias segundo valor total liberado, tipo, competência inicial e composição de benefícios. Silva Jardim, RJ, Brasil, dezembro de 2011	177
Tabela 23. Caracterização dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, Brasil, dezembro de 2011 a abril de 2012.	179
Tabela 24. Caracterização dos domicílios dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, Brasil, dezembro de 2011 a abril de 2012.	181
Tabela 25. População residente e proporção de pessoas por situação do domicílio e classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	194
Tabela 26. Valor médio e quartis do rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal, por situação do domicílio, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	195
Tabela 27. Valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal das pessoas de dez anos ou mais de idade, por sexo e razão entre valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal de homens e mulheres. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	195
Tabela 28. Valor médio do rendimento mensal total nominal das pessoas de dez anos ou mais de idade, por cor ou raça, segundo as classes de tamanho da população, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	196
Tabela 29. População residente e proporção de pessoas por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal, segundo as classes de tamanho da população. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	197

Tabela 30. Pessoas com dez anos ou mais de idade, economicamente ativas e ocupadas na semana de referência. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	197
Tabela 31. Pessoas de dez anos ou mais de idade, empregadas no trabalho principal da semana de referência, por categoria do emprego no trabalho principal, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010	198
Tabela 32. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, por grupos de idade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2000 a 2010	199
Tabela 33. Caracterização dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012.	200
Tabela 34. Distribuição dos benefícios do PBF às famílias entrevistadas segundo valor, composição dos benefícios e tempo de recebimento. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011	201

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Síntese das definições, influências e desdobramentos dos primeiros estudos sobre coesão social no Canadá	49
Quadro 2. Benefícios do Programa Bolsa Família	84
Quadro 3. Linhas de elegibilidade e benefícios do Programa Bolsa Família	85
Quadro 4. Condicionalidades do Programa Bolsa Família	86
Quadro 5. Sanções gradativas para as famílias beneficiárias do PBF que não cumprem as contrapartidas	86
Quadro 6. Caracterização das unidades de saúde segundo população adscrita e número de agentes comunitários de saúde, Silva Jardim, RJ, 2011	110
Quadro 7. Caracterização das áreas das Unidades de Saúde da Família, Silva Jardim, RJ, 2011	112
Quadro 8. Eixos de atuação do PBF e eixos analíticos para o estudo das repercussões do programa, elaborados a partir da categoria exclusão social	119
Quadro 9. Informações obtidas por meio de entrevistas. Silva Jardim, Rio de Janeiro, setembro a junho de 2012	122
Quadro 10. Saturação das entrevistas. Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2012	123
Quadro 11. Análise dos dados empíricos segundo as dimensões dos processos de inclusão e exclusão social	125
Quadro 12. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Exclusão Social (IES) em Silva Jardim, RJ e Brasil, 2000	145
Quadro 13. Notas médias e variação do IDEB do Ensino Fundamental na rede municipal e estadual local, Silva Jardim, RJ, 2005 a 2009	151
Quadro 14. Caracterização das unidades de saúde e população adscrita, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2011	165
Quadro 15. Ações sócio-assistenciais desenvolvidas em Silva Jardim, 2011	171
Quadro 16. Distribuição dos beneficiários segundo ano de ingresso, tempo referido de participação no programa, forma de ingresso e fonte de informação sobre o PBF para o ingresso. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012	183

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
BVCE	Benefício Variável de Caráter Extraordinário
CDSS	Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CEPERJ	Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidos Públicos do Rio de Janeiro
COMPERJ	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CSDHKN	Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Food and Agriculture Organization
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	Índice de Desenvolvimento Social
IES	Índice de Exclusão Social
IFD	Índice de Desenvolvimento Familiar
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
IGD-E	Índice de Gestão Descentralizada para os Estados
IGD-M	Índice de Gestão Descentralizada Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBA	Legião Brasileira da Assistência
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIS	Número de Identificação Social
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization Pan American Health Organization
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica à Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Programa Nacional de Agentes Comunitários da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SEKN	Social Exclusion Knowledge Network
SEMTHPS	Secretaria Municipal de Trabalho, Habitação e Promoção Social
SEMSSJ	Secretaria Municipal de Saúde de Silva Jardim
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIBEC	Sistema de Benefícios ao Cidadão
SIGPBF	Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família
SISCON	Sistema de Acompanhamento de Condicionalidades
SISPACTO	Sistema do Pacto pela Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

1. Apresentação

A partir dos anos 2000, o governo federal passou a desenvolver ações de proteção social direcionadas à população pobre, tendo como eixo a criação de programas de transferência de renda condicionada. Nesse contexto surgiu o Programa Bolsa Família (PBF), o mais amplo programa social de combate à pobreza do país, que alterou significativamente a engenharia da seguridade social.

Considerando sua importância e magnitude, bem como a necessidade de analisar as repercussões dessa intervenção governamental no cotidiano das famílias beneficiárias, este trabalho tem por objetivo compreender as transformações operadas pelo PBF na realidade social das famílias assistidas em suas diversas dimensões (social, econômica, cultural e política). Esta abordagem da exclusão social enquanto processo (Escorel, 1999; Popay et al., 2008) possibilita, de modo privilegiado, discutir as repercussões da ação estatal no atendimento à histórica demanda por justiça social e aos dilemas impostos pelas políticas de ajuste neoliberal, face ao necessário enfrentamento da pobreza, desigualdade e exclusão.

A partir dos beneficiários e ex-beneficiários do programa, buscamos compreender como uma estratégia de transferência de renda condicionada pode ter efeitos sobre: a diminuição das vulnerabilidades sociais; o enfrentamento de processos de exclusão social geradores de iniquidades; e o fomento de igualdade e garantia da proteção social através do usufruto do direito à saúde. Para que estes e outros aspectos positivos e almejados por todos, especialmente pelos que estão à margem da sociedade, constituam-se em produtos da ação governamental, torna-se imprescindível que as políticas públicas sejam capazes de promover inclusão, coesão social e equidade em saúde.

Após décadas de hegemonia, na América Latina, de um pensamento orientado por temas econômicos, pensar a inclusão, a coesão social e a equidade como horizontes exige um esforço de interpretação crítica da realidade social. Para este exercício, a análise da formação de laços e redes de proteção e apoio constituídos no âmbito familiar, comunitário e institucional deve ser incluída no debate sobre os dilemas

vividos pelos indivíduos em um cenário de pobreza, miséria e fragilidades na proteção social.

Segundo Sorj e Martuccelli (2008: 17), o drama vivido pelas sociedades latino-americanas contemporâneas se aprofunda a partir do esfacelamento dos laços sociais, na medida em que o social é penetrado pelo mercado com “ênfase na individualização dos atores sociais” e no conseqüente enfraquecimento dos laços tradicionais de solidariedade. A desvalorização do discurso coletivo e de seu potencial de mudança enfraquece o sentimento de reconhecimento e dignidade mútuos, imprimindo novos desafios para o Estado na constituição dos sistemas de proteção social.

No Brasil, essas questões são acompanhadas de fragilidades na seguridade social e no aprofundamento das desigualdades socioeconômicas, com efeitos perversos na vida de milhões de famílias.

Na fronteira dos campos da saúde e assistência social, buscou-se analisar as repercussões do PBF na dinâmica dos processos de exclusão social vividos pelas famílias pobres e os efeitos do programa na promoção da equidade em saúde, inclusão e coesão social. Para tanto, priorizou-se a compreensão dos indivíduos sobre os sentidos objetivos e simbólicos que uma política governamental de transferência de renda adquire na vida cotidiana. Entender os efeitos do PBF nesta perspectiva exigiu que a fala das famílias beneficiárias ocupasse posição de destaque na análise. Neste sentido, priorizou-se escutar o que tem sido frequentemente silenciado pelos “rumores” e impressões oriundos de análises técnicas que tendem a circunscrever os efeitos da política social a um conjunto de procedimentos operacionais e institucionais distantes do cotidiano vivido pela população pobre.

A discussão conceitual foi desenvolvida em três capítulos. No primeiro, procura-se tratar as conseqüências recentes da questão social para a seguridade social, com destaque para a saúde e a assistência social, a partir de três caminhos conceituais: as dinâmicas de inclusão/exclusão social, iniquidades em saúde e coesão social.

A questão social como pobreza adquiriu relevância no âmbito da formulação de políticas públicas especialmente a partir dos anos 1990, porém esse debate vem sendo travado há muito tempo. O primeiro capítulo destaca as singularidades interpretativas sobre a temática, desde a tese de massa marginal de José Nun e Anibal Quijano, surgida na América Latina no final dos anos 1960, até os recentes trabalhos de europeus e brasileiros, determinantes de sua enunciação a partir do conceito de exclusão social.

Os múltiplos aspectos que os processos de inclusão e exclusão social permitem analisar para a produção de políticas públicas voltadas ao combate da pobreza ampliam o debate para outros dois importantes conceitos: equidade em saúde e coesão social. O primeiro reaviva as dimensões éticas e políticas no debate sobre desigualdade social e produção de políticas de proteção social. Já o conceito de coesão social faz emergir a necessária discussão sobre a formação de vínculos e a solidariedade como elementos importantes a serem impulsionados pela ação pública para o enfrentamento de processos excludentes. Paralelamente, objetivamos compreender esses elementos a partir da política de proteção social no Brasil. Para tanto, no segundo capítulo é apresentada a trajetória histórica das políticas de proteção social brasileiras, com destaque para duas com tendências distintas: a saúde e a assistência social.

Após a Constituição Federal de 1988, a política nacional de saúde tornou-se parte integrante do sistema de seguridade social, identificada com os pressupostos de universalização dos direitos sociais. Já a assistência social, especialmente a partir dos anos 2000, ganhou forma e expressão por meio da criação de programas de transferência de renda condicionada, focalizados nos segmentos mais pobres da sociedade.

Essa tendência afirma e define a posição do Estado no enfrentamento das desigualdades, pobreza e exclusão social. Configura-se, portanto, uma nova engenharia da seguridade social no âmbito da assistência, em que o Programa Bolsa Família é a principal estratégia de intervenção sobre a pobreza. Este aspecto revela o interesse deste trabalho em analisar as repercussões do PBF a partir dos elementos conceituais supracitados.

No terceiro capítulo, o PBF é analisado em seu desenvolvimento histórico, desenho institucional, avanços e desafios para o enfrentamento da pobreza, a diminuição das desigualdades sociais e a redução de iniquidades em saúde.

O quarto capítulo aborda os aspectos metodológicos para atender a dois objetivos principais do estudo: (i) compreender os efeitos do PBF na vida das famílias beneficiárias face aos processos de exclusão e inclusão social; e (ii) investigar os alcances e limites do programa para promover inclusão e coesão social, fomentar o usufruto do direito à saúde e enfrentar iniquidades em saúde. Este capítulo é dedicado à descrição dos procedimentos metodológicos empregados para este fim, por meio da realização de um estudo de caso.

O capítulo V foi dedicado à apresentação do cenário de estudo: o município de Silva Jardim, no Estado do Rio de Janeiro. Para tanto, foram descritos aspectos territoriais, socioambientais, socioeconômicos e ligados à oferta de serviços de saúde e sócio-assistenciais no município.

O Capítulo VI visa oferecer um panorama geral das famílias beneficiárias do PBF em Silva Jardim e, mais especificamente, dos participantes do estudo.

O sétimo e o oitavo capítulos contêm os principais resultados do estudo. No capítulo VII são apresentadas e discutidas as repercussões do PBF nas dimensões econômica, social, cultural e política dos processos de exclusão e inclusão social. Já o capítulo VIII foi dedicado à análise da Estratégia de Saúde da Família a partir da fala dos entrevistados. Esta análise permitiu entender as contribuições e os limites verificados no setor saúde para manutenção da vida e satisfação das necessidades de saúde de beneficiários e ex-beneficiários do PBF.

Por fim, o nono capítulo converge para as considerações finais, buscando resgatar os principais elementos que emergiram do trabalho, dada sua importância para as dinâmicas de inclusão e exclusão social, fortalecimento da coesão social e enfrentamento de iniquidades em saúde. Esses resultados balizaram também a proposição de uma agenda de pesquisa mais ampla e multidisciplinar sobre o PBF, com vistas a fomentar a construção de políticas sociais.

CAPÍTULO I – MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

Processos de inclusão/exclusão social, equidade em saúde e coesão social: olhares cruzados para a questão social

*The aim of society and of solidarity is that everyone shall have access to resources so that they will be able to realize the essential undertakings of human life, the great life projects.*²
Olof Palme (PAHO, 2004: 9).

O contexto social e o modo como as pessoas vivem e se relacionam têm efeitos importantes na sua condição de saúde. Pensar a saúde como uma necessidade humana básica, um recurso para a vida digna, implica entender o processo saúde-doença na perspectiva de sua determinação social e como um direito de cidadania. Esses aspectos têm sido fundamentos da Organização Mundial da Saúde desde a elaboração de sua Constituição (WHO, 1948), e reiterados em diversos documentos técnicos (WHO, 2000; 2005; 2011).

A análise da saúde exige considerar determinantes biológicos (idade, fisiopatologia, fatores genéticos, etc.) aliados a determinantes sociais, entre os quais: o acesso e uso de serviços, diferenciais de renda e educação, condições de vida e trabalho, níveis de pobreza, posição dos indivíduos na estrutura social, participação social, políticas de Estado, etc. Compreender a saúde pelo eixo da determinação social amplia as dimensões em debate e o campo de análise das condições de saúde de uma população. Nesta perspectiva, a saúde se torna produto das desvantagens e desigualdades sociais historicamente produzidas, bem como das estratégias adotadas para seu enfrentamento. Relaciona-se, portanto, aos fenômenos ligados à expressão da questão social, como pobreza e exclusão social.

Diversos autores, especialmente de filiação marxista, destacam que a questão social é inerente ao processo de acumulação capitalista, sendo produto das contradições existentes entre a concentração de riqueza das classes dominantes e a exploração daqueles que só têm a força de trabalho para vender. O desenvolvimento dessa forma de produção teve como repercussão social o aumento da pobreza generalizada, em especial, da classe trabalhadora (Netto, 2001; Yamamoto, 2001). Segundo Bógus et al. (2004), os vínculos históricos que amalgamam cada sociedade, bem como as tensões e

² A meta da sociedade e da solidariedade é que todos tenham acesso aos recursos, de modo que possam realizar os empreendimentos essenciais da vida humana, os grandiosos projetos de vida (tradução livre).

contradições que levam à sua fratura compõem dinamicamente a questão social. Nesta perspectiva, Iamamoto (2001:11) afirma que a questão social é

tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa e não um fenômeno recente, típico do trânsito do padrão de acumulação no esgotamento dos 30 anos gloriosos da expansão capitalista.

Entretanto, as transformações sociais ocorridas no fim desses trinta anos gloriosos (1945 a 1973), a chamada “Era de Ouro”, nos colocaram diante de uma nova conjuntura que tende a alterar o tratamento teórico da questão social e a análise de suas expressões e repercussões para além do prisma do trabalho e dos efeitos econômicos ligados ao processo de produção capitalista e ao subsequente quadro de desigualdade social. Não se pode negar que estes constituem um tema importante para se pensar as injustiças sociais e seus efeitos nas condições de saúde.

Para Ivo (2008), a questão social é uma grande invenção da modernidade, fruto de uma conjuntura histórica, econômica e cultural que atribui múltiplos sentidos à pobreza face às mudanças societárias resultantes do capitalismo e da globalização, que, por conseguinte, acabam por alterar as responsabilidades sociais do Estado no âmbito da proteção social. Segundo a autora, na enunciação da questão social na modernidade estão imbricadas: (i) a construção e a análise crítica da mediação institucional do Estado social às fraturas sociais produzidas pelo capitalismo nas sociedades urbano-industriais; (ii) a emergência da noção de direito social dos trabalhadores articulada ao ideal democrático de igualdade, justiça social e solidariedade, legitimada pela necessidade de manter a coesão das relações sociais e criar instituições modernas; (iii) o projeto sociológico de construção de um sistema teórico autorreflexivo sobre a sociedade, para compreender essa problemática a partir das representações do bem-estar e da relação entre progresso, pauperização e emancipação dos indivíduos. A abordagem da autora amplia os eixos em debate e vincula o tema a dilemas e desafios importantes à produção de políticas de proteção social, como as noções de direito, justiça e solidariedade.

Neste caminho, abordar a temática da saúde a partir da questão social implica opções teóricas e metodológicas que vão além da sua compreensão a partir do fenômeno da pobreza, e que envolvem discussões acerca da configuração de vulnerabilidades e fraturas sociais vinculadas ao processo de reestruturação produtiva capitalista, as diferentes repercussões desse processo em âmbito individual e coletivo, bem como sobre o papel do Estado no enfrentamento das iniquidades sociais a partir do desenvolvimento de sistemas de proteção social.

A questão social traduzida como pobreza ou desigualdade social torna-se insuficiente para subsidiar reflexões no entorno do processo de determinação social da saúde. Apesar de complexos, os estudos sobre pobreza convergem suas análises para a insuficiência de renda como determinante principal dessa condição e, por conseguinte, como elemento primordial para o atendimento às necessidades básicas e à garantia da sobrevivência material das pessoas (Rocha, 2003).

Além de este determinante conferir objetividade ao fenômeno, também ocupa posição central nos estudos sobre as representações sociais da pobreza, os quais inscrevem tal condição na ordem simbólica. Dessa forma, apesar de sua importância, o critério de renda inerente aos estudos sobre pobreza limita sua análise na perspectiva da determinação social da saúde. Esta exige uma reflexão que alcance outras dimensões além da econômica, capazes de orientar a análise de diferentes fatores que funcionam como anteparos à produção social da saúde e da doença, como a constituição de vínculos sociais, a oferta de serviços, entre outros.

Assim como a pobreza, o estudo das desigualdades também apresenta limites para entender a produção social da saúde. Embora a desigualdade e a pobreza interajam em função de sua coexistência, configuram processos singulares. Isso porque a melhoria dos indicadores de pobreza não necessariamente condiz com um padrão de redistribuição e melhoria da desigualdade de renda (Rocha, 2003). Apesar do papel determinante das desigualdades de renda para análise da questão social, mudança neste indicador não permite analisar importantes dimensões da vida social produtoras de diferenças e intervenientes na produção de saúde, como as desigualdades de gênero, étnicas, *status* social, entre outras.

O debate sobre desigualdades sociais e saúde deve incorporar um juízo de valor orientado pelo princípio da justiça social (Sen, 2001), que eleve a saúde à condição de direito humano fundamental, e cujo alcance dependa de políticas capazes de enfrentar as desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis (Whitehead, 1992). Neste sentido, torna-se insuficiente falar apenas em igualdade ou desigualdade, mas trata-se de pensar sobre os efeitos das iniquidades e seu necessário enfrentamento para efetivar um padrão de igualdade aceitável e desejável para o bem-estar de indivíduos e coletividades (Sen; Kliksberg, 2010).

Isto justifica a relevância da equidade como produto de intervenções voltadas ao enfrentamento da pobreza e da desigualdade, além de suas repercussões na produção social da saúde. No entanto, ainda resta questionar: que caminhos permitem ampliar a

compreensão das expressões da questão social para subsidiar análises com foco na saúde? Assim, o debate sobre determinação social, aliado à análise dos processos de exclusão e inclusão social, torna-se mais promissor para estudos sobre equidade em saúde porque:

- A abordagem da determinação social do processo saúde-doença envolve desvelar como as estruturas social e econômica incidem na produção de saúde, e também analisar a interferência das diferentes políticas de proteção social no seu enfrentamento (CDSS, 2010).
- O debate sobre determinação social da saúde permite compreender como os efeitos produzidos por meio da interação de diferentes políticas públicas alteram, de modo sinérgico, as expressões da questão social contemporânea (CDSS, 2010).
- O estudo dos processos de exclusão e inclusão social permite ampliar a análise da questão social para além de dimensões contempladas a partir de estudos sobre pobreza e desigualdade. Tais processos envolvem múltiplas dimensões (social, econômica, cultural e política) operadas a partir de diferentes níveis: individual, familiar, comunitário, regional, entre outros (Popay et al., 2008). Esta perspectiva teórico-metodológica permite entender a natureza dinâmica e relacional dos processos de exclusão ao longo do tempo e para diferentes grupos sociais, bem como ilumina a compreensão de relações de poder que sustentam distintas iniquidades (Popay et al., 2011).
- Destacam-se ainda outras vantagens vinculadas a análises baseadas na exclusão social, caras à equidade em saúde, como: reconhecer a relação subjacente entre inclusão social e direitos humanos, possibilitando o desenvolvimento de medidas para a promoção e a proteção dos direitos, de modo a reverter os processos de exclusão e promover a coesão social; partir da diversidade/complexidade de processos de exclusão para priorizar os alvos de intervenção, bem como propiciar um debate público a fim de orientar a formação de políticas e o desenvolvimento de ações, e não apenas a melhoria das condições experimentadas por grupos rotulados como “excluídos sociais” (Popay et al., 2008).

Nesse caminho, o estudo da exclusão social³ como um processo dinâmico pode ser utilizado para compreender as transformações da questão social contemporânea e a relação entre os diferentes tipos de processos excludentes e as iniquidades em saúde. Por conseguinte, a reversão desses processos e a ampliação do direito à saúde conjugam as demandas por uma sociedade mais justa, a partir de uma distribuição mais igualitária de recursos e da garantia de condições de acesso e utilização dos serviços de saúde.

Entretanto, em função de sua amplitude, a utilização da abordagem da exclusão social coloca em evidência distintas demandas (políticas, econômicas, sociais e culturais) e interesses dos grupos sociais (individuais, com base nas categorias de gênero, étnica, etc.). Neste cenário fragmentado, torna-se importante incorporar a coesão social como elemento necessário à construção de políticas que visem ao bem-comum, à proteção e à consolidação dos vínculos na sociedade.

Portanto, elegemos as dinâmicas de exclusão/inclusão social, equidade em saúde e a coesão social como elementos prioritários para compreender as repercussões do PBF no cotidiano dos vulnerabilizados.

1.1 O termo “exclusão” para enunciar e tratar a questão social na atualidade

*Although it is not always acknowledged, the Latin American debate on marginality foreshadowed the current concerns with social exclusion.*⁴
(Kay, 2006: 460)

As abordagens e expressões da questão social como pobreza envolvem discussões acerca da configuração e do enfrentamento de fraturas sociais, vinculadas ao processo de reestruturação produtiva capitalista, em diversas dimensões: econômicas, políticas, culturais e sociais. No final dos anos 1960, tais expressões eram analisadas na América Latina pelo prisma da marginalidade. Já a partir da década de 1990, estes

³ As implicações metodológicas de pensar a exclusão social como noção ou conceito têm sido um dos pontos de debate ligados à temática (Leal, 2008; Zioni, 2006). Entendemos que a exclusão social pode ser tratada como conceito, visto que o termo remete a unidades de significação que definem forma e conteúdo às diferentes leituras da realidade social, implicando sua ordenação a partir da teoria (Minayo, 2004). Também empregamos a denominação “categoria” da exclusão social quando utilizamos sua tipologia (dimensões e níveis) para subsidiar uma abordagem teórico-metodológica a partir do conceito.

⁴ Embora nem sempre reconhecido, o debate latino-americano sobre a marginalidade prenunciava as preocupações atuais com a exclusão social (tradução livre).

efeitos passaram a ser estudados por meio das abordagens teórico-conceituais sobre exclusão social oriundas de estudos europeus.

No final dos anos de 1960 e início dos anos 1970, a teoria de marginalidade latino-americana inaugurou um olhar específico sobre a pobreza a partir da tese de massa marginal de Jose Nun e Anibal Quijano (Nun, 1969; 1972; 2000; Quijano, 1973; 1978). As interpretações sobre o tema da marginalidade podem ser resumidas a partir de dois grandes eixos (Machado apud Ugá, 2008):

- i) Marginalidade como desdobramento analítico das teorias da modernização: os autores defendem que a teoria da marginalidade enfatizava as questões mais problemáticas do desenvolvimento da América Latina, compiladas em uma abordagem associada ao modelo de sociedade dual do funcionalismo, não constituindo, portanto, um novo marco teórico.
- ii) Teorias explicativas da marginalidade com enfoque marxista: oriundas das críticas à marginalidade como desdobramento das teorias da modernização, cuja filiação teórica hegemônica era o estruturalismo histórico (Maiolino e Macebo, 2005), mas que também se relacionava, em menor expressão, com o enfoque funcionalista.

O auge do período desenvolvimentista, na década de 1970, foi marcado na América Latina por forte desregulação, desemprego maciço, repressão sindical, aprofundamento da desigualdade de renda e privatização dos bens públicos. Esses desajustes e desequilíbrios sociais e econômicos, oriundos do processo latino-americano de industrialização e urbanização, foram equacionados pela teoria da modernização em termos de padrões polares, oriundos da coexistência de um setor tradicional, em que o campo torna-se símbolo de atraso e um setor moderno, no qual a cidade é o símbolo de avanço (Ugá, 2004).

José Nun (1969) foi importante expoente do pensamento histórico-estrutural nos estudos sobre marginalidade e pioneiro ao tratar o tema como um conceito relativo ao lugar ocupado por determinados grupos sociais na esfera produtiva. Numa perspectiva crítica, de recorte marxista, Nun denunciou a formação de uma “subclasse” dentro do proletariado latino-americano composta pelo (i) exército industrial de reserva, população excedente de trabalhadores à disposição do capitalismo, com possibilidade de incorporação ao processo produtivo e pela (ii) superpopulação relativa, constituída pela população que excede os limites da incorporação pelo sistema produtivo. Cabe destacar

que são os meios de produção e não os meios de subsistência que fazem os trabalhadores ingressarem na categoria de superpopulação.

Esse autor sublinhou, ainda, elementos de não-funcionalidade de indivíduos situados à margem do processo produtivo na tese da massa marginal: contingente populacional que não interessava ao mercado, constituindo a parte afuncional ou disfuncional do exército industrial de reserva.

Partindo do conceito de Nun (1969), Aníbal Quijano (1978) contribuiu para o debate sobre “informalidade” no trabalho, ao definir como “polo marginal” o conjunto de ocupações ou atividades estabelecidas geralmente em torno do uso de recursos residuais ou desligadas da produção, de caráter disfuncional do sistema de acumulação capitalista. Dessa forma, Quijano ampliou a discussão da tese de massa marginal ao problematizar a realidade carencial crescente no tecido social urbano.

Aderindo em grande medida à perspectiva teórica de Nun e Quijano, o sociólogo brasileiro Lúcio Kowarick (1985) estudou a marginalidade urbana, destacando, em seu delineamento, o pauperismo e o cenário de favelização; a estratificação econômico-ocupacional inferior, dificuldades enfrentadas pelas minorias raciais e étnicas nos grandes centros urbanos; além do êxodo rural, compreendido como fenômeno migratório gerador de uma perversa marginalidade cultural. Os estudos de Kowarick evidenciaram que o nível de marginalidade variava de parcial a generalizada, em função da precariedade do vínculo à sociedade urbana.

A integração dos trabalhadores de maneira marginal, como exército industrial de reserva, ou ainda de forma precária e desigual às engrenagens produtivas do capitalismo, também foi objeto de análise de Berlink (1975) no trabalho *Marginalidade social e relações de classe em São Paulo*. Kowarick (1985) e Berlink (1975) questionavam a perda de clareza conceitual e analítica do termo *marginalidade*, que rapidamente havia acolhido uma variedade de situações e problemas vivenciados pela população pobre à margem das sociedades urbano-industriais.

Nesse sentido, defendiam a utilização do termo na perspectiva do estruturalismo histórico, de modo a especificar a inserção ou não dos trabalhadores no processo produtivo capitalista (Maiolino; Mancebo, 2005). Contrariamente, em trabalho mais recente, Nun (2000) destaca que sua análise e a de seus colaboradores sobre a massa marginal não foi centrada nos “trabalhadores sem trabalho”, nem no plano teórico ou no campo das pesquisas empíricas, mas de fato objetivava: (i) enfatizar a relação estrutural entre o processo de acumulação capitalista que prevaleceu na América Latina e os

fenômenos da pobreza e da desigualdade social, em contraste com as tendências interpretativas da “cultura da pobreza”⁵ (Lewis, 2006), que responsabilizavam os pobres por sua condição; (ii) destacar a fragmentação e a heterogeneidade crescente da estrutura ocupacional da América Latina e suas consequências na formação de identidades sociais; e (iii) chamar a atenção tanto para a disfuncionalidade da população excedente ao capitalismo, como também para os mecanismos de dualização e segregação remanescentes de uma conjuntura histórica passada, cujas expressões ainda marcam o presente.

Outro marco nas análises sobre pobreza é a literatura norte-americana dos anos 1960. Durante o período, as explicações sobre o pauperismo adquiriram forte conotação ideológica nos EUA, classificando o pobre em uma subcategoria: a *underclass*, a qual compreendia a população expelida por um tipo de “darwinismo social”, que premia com o sucesso os trabalhadores competitivos, geralmente brancos, e pune os pobres “passivos”, os “desqualificados”, geralmente afro-americanos (Alves; Escorel, 2012).

Segundo Wacquant (1996), o termo surgiu a partir dos trabalhos do economista sueco Gunnar Myrdal, entre 1962 e 1963, em meio ao otimismo da economia norte-americana, para designar “famílias e indivíduos subempregados, sem emprego e gradualmente inempregáveis, situados no mais baixo da escala social” (Escorel, 1999: 45).

O debate incluía os que defendiam a responsabilização individual pela situação de pobreza, os que acreditavam que a categoria era formada por vítimas de suas próprias atitudes, e os que consideravam os pobres como vítimas de forças sociais e econômicas que demandavam políticas públicas de combate à pobreza urbana – uma responsabilidade parcial do Estado (Marks, 1991; Kowarick, 2003).

A segregação implícita na categoria “*urban underclass*” tinha duas bases importantes: racial (Kowarick, 2003) e socioespacial (Greene, 1991). Para Greene (1991), a concentração territorial da pobreza em determinados pontos da cidade poderia favorecer o isolamento social, influenciar o comportamento e limitar as oportunidades de trabalho e de educação, entre outros aspectos da vida.

⁵ A partir de observação participante e de histórias de vida em comunidades de Porto Rico e México, o antropólogo norte-americano Oscar Lewis, na obra *Antropología de la pobreza*, publicada em 1961, construiu o conceito de cultura da pobreza: um conjunto de valores, crenças e atitudes relativamente homogêneo, reproduzido de geração em geração, cujos principais traços são resignação, passividade, fatalismo, círculos de relações sociais restritos e pouco diferenciados, respostas voltadas ao imediato, aspirações limitadas e sentimento de inferioridade.

O pensamento conservador e meritocrático norte-americano subsidiou os valores implícitos na denominação “*underclass*”, a individualização da responsabilidade por uma situação social e as críticas relacionadas à mediação e à intervenção institucional do Estado endereçadas ao combate à pobreza (Alves e Escorel, 2012). Apesar de esse debate influenciar os estudos sobre pobreza, ou ainda, a opinião pública sobre programas de combate a pobreza, também apresentou grandes limites para a compreensão do fenômeno da atualidade.

A partir dos anos 1980, com a persistência dos efeitos da crise do petróleo de 1973 e os processos de reestruturação produtiva, a pobreza que até então era residual nos países desenvolvidos ganhou amplitude, em virtude da queda da taxa de lucro do capital, baixo crescimento da produção e da produtividade com repercussões no mundo do trabalho, crescente desemprego, queda dos investimentos, aumento do capital financeiro e aceleração geral dos preços com endividamento dos governos (Harvey, 2009).

Nesse cenário, a tese de massa marginal tornava-se insuficiente para explicar a gama de efeitos sociais surgidas com a reestruturação produtiva capitalista. A literatura recente que emprega o termo (Wacquant, 1999; 2008; Penã, 2005; Watt, 2003; Lee; Wong; Law, 2007) não o vincula diretamente à produção acadêmica do continente que o originou. A utilização do termo “marginalidade”, na perspectiva teórica de Nun (1969) e Quijano (1973), caiu em desuso tanto por seu abandono como teoria interpretativa da pobreza, quanto pela emergência de novos conceitos e critérios de intervenção pública, ligados à globalização e à reestruturação produtiva em escala mundial (Ugá, 2008).

Além disso, esta matriz explicativa não teve repercussões nos países centrais e em escala global, sendo abandonada provavelmente pelos limites geográficos de circulação das teorias latino-americanas, tanto em função de uma possível barreira linguística quanto pelo desinteresse dos países centrais em discutir teorias acerca de um problema que os afligia numa escala muito menor, ou apenas em caráter residual, diferentemente do caráter histórico da pobreza de massa nos países latino-americanos.

Ressaltam-se a importância histórica da teoria da marginalidade e sua influência nas explicações sobre pobreza no continente. No entanto, ao longo de mais de 40 anos, esse debate adquiriu contornos singulares no continente e, recentemente, tem se aproximado dos teóricos franceses da exclusão social⁶.

6 Alves e Escorel (2012) revisitaram este debate ao longo do período e analisaram suas mudanças por meio de um ensaio teórico intitulado “Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e

A partir dos anos 1990, o termo “exclusão social” passou a enunciar e tratar a questão social da pobreza em escala global, propondo a análise do fenômeno para além da dualidade marginal *versus* integrado, relacionando-o a mudanças culturais, políticas e econômicas vinculadas aos processos de globalização e reestruturação produtiva que deram origem a uma “nova pobreza” (Rosanvallon, 1998).

Os problemas sociais advindos da crescente precarização e vulnerabilidade da classe trabalhadora, bem como a fragmentação dos sistemas de proteção social fundados na sociedade salarial, enunciam uma nova questão social na Europa, explícita na emergência de “novos pobres”, “novos excluídos”, desfiliaados, sobrantes, inúteis ao mundo (Donzelot, 1991; Rosanvallon, 1998; Pastorini, 2007; Castel, 2008). Nesse contexto, a questão social sofreu uma metamorfose, como afirma Robert Castel (2008), a partir da crise da sociedade salarial, com a instabilidade ou expulsão do emprego de grandes contingentes de trabalhadores, ocasionando mudanças na inserção relacional, fragilização dos suportes protetores e um processo de isolamento social dos novos excluídos. Assim, os problemas sociais emergentes na “nova questão social” francesa foram enunciados como exclusão.

Diferentemente das antigas conotações do termo “exclusão” usadas para referenciar a situação de grupos marginalizados historicamente como *handicapés sociaux* (doentes mentais, alcoólatras, entre outros) que deveriam beneficiar-se de políticas específicas de proteção social, a nova pobreza transformava em excluídos, desfiliaados, desintegrados socialmente, as pessoas de baixa qualificação em virtude da precarização econômica e social dos novos desempregados (*handicapés légers*) (Donzelot, 1991; Castel, 2008).

Segundo Zioni (2006), o uso do termo “exclusão” aparece pela primeira vez nas obras de Pierre Massé *Les dividendes du progrès*, em 1960, e *L'exclusion sociale*, de Jean Kanfler, em 1965. Em meados da década de 1970, René Lenoir, influenciado pelo uso que Foucault fez do termo em *História da Loucura na Idade Média* (1978), começou a dar visibilidade ao fenômeno no universo discursivo e político francês a partir da obra *Les exclus: un français sur dix*, publicada em 1974 (Scorel, 1999; Kowarick, 2003; Leal, 2008). Ainda que essa obra não contenha nenhuma elaboração teórica do conceito de exclusão social, trouxe à tona um problema social que parecia ser residual e superável naquele momento (Scorel, 1999).

enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria”. Nesse trabalho, as autoras analisam três teorias interpretativas da pobreza: a tese de massa marginal, o conceito de *underclass* e de exclusão social.

Robert Castel (1991; 2008) inaugura uma matriz teórica para análise das mudanças da questão social, na qual os processos de exclusão social são tratados a partir de dois eixos analíticos de integração e desfiliação: o mundo do trabalho e o mundo das relações sócio-familiares (Escorel, 1999). Estes eixos conformam quatro “zonas”: (i) zona da integração: na qual os indivíduos possuem trabalho estável e forte inserção relacional; (ii) zona de vulnerabilidade: que associa trabalho precário com manutenção dos apoios relacionais; (iii) zona da assistência social: circunscrita aos inaptos para o trabalho, inválidos de todo tipo como idosos, doentes sem recursos, crianças abandonadas, miseráveis, entre outros, com frágil inserção social e dependentes de mecanismos e programas de assistência social; (iv) zona da desfiliação: marcada pela ausência de participação em qualquer atividade produtiva e isolamento relacional (Castel, 1991).

Castel (2008) assinala ainda a dinamicidade das mudanças operadas entre tais zonas, bem como a porosidade de suas fronteiras, permitindo o fluxo dos sujeitos e/ou grupos entre as mesmas.

Frente à densidade do conceito de exclusão social, Martine Xiberras (1996, p. 18-19; 33) destaca que

os excluídos não são rejeitados apenas fisicamente (racismo), geograficamente (gueto) ou materialmente (pobreza). Eles não são simplesmente excluídos das riquezas materiais, isto é do mercado e da sua troca [...] são excluídos também das riquezas espirituais: seus valores não são reconhecidos e são ausentes ou banidos do universo simbólico. Logo que começam a aparecer, esses valores figuram decisivamente nas representações coletivas, mas numa forma inversa: [...] atributos negativos que os classifica na categoria do estigma [...]. A exclusão pode ser visível e materializada através de comportamentos e atitudes de evitação, desconfiança, rejeição, ódio, como também pode assumir formas dissimuladas de ruptura de vínculo social.

Xiberras (1996) analisa o conceito de coesão social em Durkheim, Simmel e Weber, as teorias do desvio (Becker) e estigma (Goffman) da Escola de Chicago, e formula um conceito de exclusão social como um processo multidimensional configurado por rupturas (visíveis ou dissimuladas) dos vínculos sociais e simbólicos.

Serge Paugam (1991) destaca as transformações imputadas por essa condição na perspectiva da identidade social dos indivíduos e dos vínculos familiares, especialmente como um processo de desqualificação. Na obra *La desqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté*, realizada a partir de uma enquete com 70 pessoas na cidade francesa de Saint-Brieuc, localidade fortemente marcada pelo desemprego, o autor descreve o

processo de desqualificação social que se inicia pela fragilidade conferida por uma ruptura inicial, passando por quebras de novos laços sociais e encerrando-se na ausência de utilidade social e dos sentidos atribuídos pelo próprio indivíduo à vida. Através de uma tipologia, Paugam (ibidem) analisa os desdobramentos do processo de desqualificação social no âmbito do sujeito face aos serviços de assistência pública. Assim, distingue três tipos segundo o momento em que se encontram no processo: fragilizados (situados no ponto de partida em virtude de desemprego, dificuldades de inserção profissional, perda de moradia, etc. São sujeitos que mantêm distância dos serviços) assistidos (passaram do *status* de trabalhador e denotam dependência dos serviços), e marginalizados (momento em que rompem com os vínculos sociais). Vêras (2004) destaca a importância do autor ao sinalizar que as políticas sociais tanto podem integrar os assistidos como podem estigmatizar as pessoas e pesar na construção de suas identidades.

Como destaca Leal (2008), diversos autores como Robert Castel, Serge Paugam, Martine Xiberras, entre outros, que têm produzido estudos sobre exclusão social com pontos convergentes nas questões relativas à fragilidade e ruptura do laço social, têm exercido grande influência na produção teórica internacional para além do cenário francês, inclusive entre os autores brasileiros após a década de 90 (Escorel, 1999; Oliveira, 1997; Oliveira, 2001; Wanderley, 2004). Esses autores discutem a especificidade do fenômeno da exclusão como resultado da precarização das relações de trabalho, e das fragilidades do sistema de seguridade social no Brasil, que nunca alcançou configurar um *welfare state* a exemplo dos países europeus.

Entre os autores brasileiros com estudos que se utilizam dessa abordagem, destaca-se o trabalho de Escorel, *Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social* (1999), em virtude de:

- Tratar-se de um estudo que apresenta uma elaboração conceitual “mais clara na definição da exclusão social” (Leal, 2008: 18) entre os estudos brasileiros, ao entender o fenômeno como um “processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos, considerando cinco dimensões da existência humana em sociedade” (Escorel, 1999: 75).
- Construir um conceito de exclusão social a partir de sua evidência como processo dinâmico cujas categorias, fundadas em dimensões da vida, interagem e se reforçam mutuamente. Esta perspectiva teórica amplia as possibilidades analíticas circunscritas à

de um estado de exclusão social que vincula os indivíduos a posições polares: excluído *versus* incluído.

- Introduzir o conceito nos estudos sobre saúde. Destaca-se que a autora influenciou um modelo teórico sobre exclusão social proposto por um grupo de estudos *ad hoc* da Organização Mundial da Saúde para pensar a relação entre exclusão social e saúde (Popay et al., 2008). Além disso, a categorização proposta por Escorel possibilita reflexões que tocam em temas caros à Saúde Coletiva. Neste sentido, a autora propõe que os processos de exclusão social conformam cinco grandes dimensões:
 - i. A dimensão do trabalho, em que tais processos incidem em indivíduos e coletividades pelo prisma do trabalho precário e do desemprego. Nesta perspectiva, elementos de ordem objetiva - insegurança e insuficiência de renda, aliada a aspectos simbólicos - vínculos e o suporte social relacionados à condição de trabalhador conduzem a diferentes níveis de exclusão social. No limite, tal processo torna cada vez mais pessoas economicamente desnecessárias, supérfluas, excluídas. Nota-se que esta dimensão coloca em debate importantes determinantes sociais da saúde, como renda, trabalho e proteção social.
 - ii. Na dimensão sociofamiliar, “verifica-se a fragilização e a precariedade das relações familiares, de vizinhança e comunitárias, conduzindo o indivíduo ao isolamento e à solidão” (Escorel, 1999). Tais vínculos constituem anteparos importantes no processo de saúde-doença.
 - iii. Na dimensão política, os processos de exclusão se revelam a partir de privações no exercício de direitos, na configuração de espaços de não-cidadania, nos limites no poder de ação e representação. A fragilização de tais vínculos impõe obstáculos para que os sujeitos apresentem seus interesses e reivindiquem seus direitos na cena pública, como o direito à saúde, à participação social em regimes democráticos, etc.
 - iv. Na dimensão cultural, edificam-se valores simbólicos. É o terreno dos hábitos e costumes que de um lado fortalecem o sentimento de pertencimento social e, em outro extremo, conduzem à discriminação e estigmatização. Esses processos conformam determinada identidade social, podendo ainda reforçar o isolamento social e o sofrimento psíquico (Goffman, 1998).
 - v. Na dimensão humana, ou mundo da vida, Escorel se apoia no livro da filósofa Hannah Arendt (1999), *A condição humana*, para propor uma categoria capaz de apreender elementos importantes ligados à sobrevivência humana. Nesta dimensão, os processos de exclusão podem chegar ao limiar da existência humana, onde “a

precariedade do presente e a ausência do futuro” fazem com que os “excluídos” restrinjam sua vida à garantia do mínimo para sobrevivência diária (comer, dormir, etc.) e acabem expulsos de uma possível categorização dentro da humanidade. Neste caso, a ausência de lugar envolve a “anulação social”, “uma diferença desumanizadora, que reveste seu cotidiano com um misto de indiferença e hostilidade” (Escorel, 1999: 81). Esta dimensão possibilita reflexões sobre a condição humana daqueles que lutam cotidianamente pela sobrevivência, seja por conta da precariedade material, como os moradores de rua estudados por Escorel, ou por outras condições limitantes da vida, como ser portador de uma doença incurável, a vivência de situações de falta de acesso a um tratamento oportuno de saúde, etc.

Segundo a autora, no fim do processo, quando se configura um estado de exclusão social, este

se caracteriza não só pela extrema privação material, mas, principalmente, por que esta mesma privação material “desqualifica” seu portador, no sentido de que lhe retira a qualidade de cidadão, de brasileiro (nacional), de sujeito e de ser humano, de portador de desejos, vontades e interesses legítimos que o identificam e diferenciam (Escorel, 1999: 81).

Para Escorel (1999), a exclusão social significa uma gama de situações de não-pertencimento social, de limites à existência humana, e não-suprimento das necessidades vitais, resultando em formas de sobrevivência singulares e desumanizadoras marcadas pela falta de suportes de vida estáveis, materiais e simbólicos. Nesta situação, o cotidiano dos excluídos é cercado por um misto de indiferença e hostilidade. Assim, a exclusão social é tanto um estado quanto um processo marcado por múltiplas formas de vulnerabilidade em diferentes dimensões (Escorel, 1999).

Partindo dessa conceituação, a SEKN – *Social Exclusion Knowledge Network* (Popay et al., 2008) elaborou um modelo conceitual de exclusão social, visando à análise dos processos e possibilidades de intervenções sobre as relações entre exclusão social e saúde.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) para chamar a atenção e estimular a ação social numa perspectiva mais ampla, sobre os processos que levam às desigualdades de saúde nos níveis global, regional, nacional e local. A Rede de Conhecimento sobre

Exclusão Social (SEKN) foi uma das nove redes criadas pela Comissão para reunir o conhecimento global sobre medidas para abordar os determinantes sociais da de saúde.

A exclusão consiste em processos dinâmicos e multidimensionais orientados por relações de poder desiguais. Tais processos operam conjuntamente e interativamente através de quatro dimensões (cultural, econômica, política e social) e em diferentes níveis, incluindo o nível individual, grupal, familiar, comunitário, nacional e regional global (Popay et al., 2008: 36-7).

Essas dimensões relacionais são constructos analíticos que na realidade social, das relações políticas, econômicas e culturais estão interligadas e se sobrepõem. Tais dimensões são utilizadas como recursos metodológicos para auxiliar a compreensão dos processos de inclusão e exclusão, para iluminar percursos entre estes processos, a saúde da população e as desigualdades em saúde e prover um quadro para a avaliação de políticas e ações visando à intervenção nesses processos. As características-chave de cada dimensão são:

I. Dimensão social: constituída por relações proximais de apoio e solidariedade (amizade, família, comunidade, movimentos sociais) que geram um sentimento de pertencimento no âmbito dos sistemas sociais. Ao longo desta dimensão, os suportes podem ser enfraquecidos ou fortalecidos.

II. Dimensão política: constituída por uma dinâmica de poder nas relações sociais. Estas geram padrões desiguais tanto nos direitos formais incorporados na legislação, constituições, políticas e práticas quanto nas condições em que os direitos são exercidos - incluindo o acesso à água potável, saneamento, habitação, transporte, alimentação e serviços tais como saúde, educação etc. Ao longo desta dimensão, existe uma distribuição desigual de oportunidades para participar na vida pública, para expressar desejos e interesses, ou relacionados ao acesso aos serviços.

III. Dimensão cultural: constituída pelas diversas formas em que valores, normas e modos de vida são aceitos e respeitados. Em um extremo ao longo desta dimensão, a diversidade é aceita em toda a sua riqueza e no outro há situações extremas de estigma e discriminação.

IV. Dimensão econômica: constituída pelo acesso e distribuição material dos recursos necessários para sustentar a vida (renda, emprego, moradia, terra, condições de trabalho, meios de subsistência, etc.). (Popay et al., 2008: 36-7).

Segundo Popay et al. (2008), os processos de exclusão contribuem para as desigualdades na saúde por meio da criação de um *continuum* de inclusão/exclusão. Tal *continuum* se caracteriza por uma gama de situações injustas no que se refere à distribuição de recursos, oportunidades para o desenvolvimento de capacidades e direitos. O enfrentamento de tais processos torna-se imprescindível para a compreender e superar um patamar de atendimento às necessidades básicas aos cidadãos; possibilitar

a participação e a coesão social; valorizar a diversidade; garantir a paz e dos direitos humanos; e manter ambientes sustentáveis.

No Brasil, o termo “exclusão social” também tem sido empregado como categoria para mapear situações de pobreza, vulnerabilidade e iniquidades sociais desde meados da década de 1990. Nesta perspectiva, Sposati (1996) coordenou uma pesquisa do Núcleo de Seguridade e Assistência Social da PUC-SP para mapear a exclusão social na cidade de São Paulo como subsídio à implantação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Para tanto, foram construídos índices de exclusão/inclusão social, a fim de estabelecer quem são e quais são os sujeitos da assistência social, estratificar as situações de exclusão – enfim, determinar os paulistanos que seriam objeto de intervenção pública no campo da seguridade e assistência social.

Na mesma linha dos trabalhos de Sposati, Márcio Pochmann e colaboradores (Pochmann; Amorim, 2002) desenvolveram em 2002 o Índice de Exclusão Social (IES), como indicador-chave na análise do quadro de pobreza, base para a construção do “Mapa da Exclusão” no Brasil.

O IES foi criado a partir de dados do Censo Demográfico de 2000, de modo a sintetizar a situação de cada município brasileiro no que se refere aos indicadores do processo de inclusão/exclusão social (Pochmann; Amorim, 2002). Este indicador foi inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), criado por Amartya Sen no intuito de construir um índice que associasse a medida da pobreza à capacidade dos indivíduos e das famílias aproveitarem “o Estado de bem-estar social produzindo pelas sociedades em épocas e circunstâncias específicas” (Sen, 2001: 169-180).⁷

Como mencionado, inspirado no IDH do PNUD, o grupo de Márcio Pochmann (2001: 15-25) desenvolve no Brasil o Índice de Exclusão Social (IES), como indicador-chave na análise continental e mundial do quadro de pobreza. Segundo o autor,

em contraste com o IDH, o IES procura incorporar em si um maior número e uma maior variedade de dimensões da vida humana, de maneira a constituir uma síntese mais robusta, focada na exclusão social e capaz de captar mais eficientemente as condições em que esta última se efetiva em uma determinada unidade geográfica.

O IE varia de zero a um – as piores condições estão próximas de zero, enquanto as melhores situações estão próximas de um, sendo composto por sete indicadores:

⁷ Quando o PNUD apresentou o IDH em 1990, supriu uma importante lacuna na mensuração do grau de desenvolvimento de determinado país, a partir de uma medida composta pelos seguintes indicadores: longevidade, renda e alfabetização. Uma situação considerada ótima de desenvolvimento seria identificada a um valor máximo igual a um (PNUD, 1990).

- i. **Pobreza:** auferida por meio do nível de renda, sendo considerada pobre a família que vive com uma renda inferior a meio salário mínimo per capita por mês.
- ii. **Concentração de Jovens:** percentual de jovens com até 19 anos na população total.
- iii. **Alfabetização:** taxa de alfabetização de pessoas acima de cinco anos. Os autores destacam que elevadas taxas de exclusão social nas regiões brasileiras estão associadas a não alfabetização dos chefes de família.
- iv. **Escolaridade:** número médio de anos de estudo do chefe de domicílio.
- v. **Emprego formal:** participação de assalariados em ocupações formais no total da população em idade ativa.
- vi. **Violência:** número de homicídios por cem mil habitantes, indicando como a violência urbana, em especial das grandes cidades, tem sido um componente importante na dinâmica das mudanças sociais.
- vii. **Desigualdade:** extremos da distribuição de renda entre as unidades de estudo.

Estas variáveis têm diferentes pesos na composição do IES a partir de três dimensões: i) vida digna: composta pelos índices de pobreza (17%), emprego (17%) e desigualdade (17%); ii) conhecimento: alfabetização (5,7%) e escolaridade (11,3%); iii) vulnerabilidade: juventude (17%) e violência (15%).

O IES não visa traçar uma linha demarcatória entre incluídos e excluídos socialmente, mas subsidiar a comparação das condições sociais nas diferentes unidades estudadas, apesar de não possibilitar uma análise das heterogeneidades que conformam cada item em uma dada localidade de análise, expondo o indicador “aos riscos das médias”.

A dualidade “incluídos *versus* excluídos” é uma das principais críticas de diferentes autores à utilização dessa abordagem. Neste caminho, Zaluar (1997) afirma que um dos principais problemas de utilização de termo “exclusão social” reside no fato de se constituir como categoria de equação binária (incluído/excluído), filiada aos estudos da antropologia estrutural de lógica classificatória – portanto, inadequada para compreender todos os tipos de comunidades e processos sociais (Zaluar, 1997).

Entre os críticos da exclusão social, destaca-se José de Souza Martins, que afirma que a exclusão social constitui-se por:

- uma categoria frágil para apreensão de situações de pertencimento e identidades comuns partilhadas entre os excluídos, acentuando ainda a perda de *status* de um grupo social específico, a anulação política da classe trabalhadora e, por conseguinte, o enfraquecimento do seu poder de transformação enquanto grupo;
- um termo utilizado em decorrência da falta de uma teoria de classe social adequada para expressar as fraturas sociais produzidas pelo capitalismo na atualidade;
- uma categoria conservadora, que toma como referência os integrados na sociedade do consumo, fragilizando a análise sobre os modos degradados de inserção social, inclusão marginal, precária e perversa.

Alguns autores acrescentam outros problemas ligados à abordagem da exclusão social, tais como:

- banalização do termo pelo uso abusivo, de modo a expressar mais conteúdos ideológicos do que explicativos (Paugam, 1991; Zioni, 2006);
- fomentar o esvaziamento da dimensão política da ação pública voltada à superação da pobreza e desigualdades (Demo, 2002; 2003);
- apresentar imprecisões como categoria analítica, considerando a inclusão de grupos extremamente diversificados numa mesma categoria (trabalhadores, desempregados, doentes, etc.) (Zaluar, 1997; Martins, 2003);
- induzir a uma fetichização da ideia de exclusão e ao reducionismo interpretativo, de modo a mascarar as relações contraditórias entre o sistema produtivo capitalista e a sociedade, entre determinantes econômicos e os problemas sociais (Martins, 1997; Demo, 2003).

Apesar das críticas endereçadas à categoria “exclusão social”, esta tem se mostrado importante na análise das expressões contemporâneas da questão social a partir do reconhecimento de novos problemas que afligem a sociedade, ao adotar uma perspectiva multidimensional e relacional, conforme destacado por Popay et al. (2008) e, dessa forma, não limitar o exame do processo a um campo disciplinar ou corrente de pensamento, dada a complexidade de temas e atores que abrange (Alves; Escorel, 2012).

A banalização da utilização do termo “exclusão social” e os possíveis limites explicativos da categoria sobre as expressões da questão social na atualidade indicam a

necessidade de desenvolvimento dessa perspectiva teórica, de modo a problematizar os processos de fragilização e rupturas dos vínculos sociais, além de impulsionar sobre estes a ação pública. Por outro lado, a utilização corrente do termo aponta para um consenso: “a constatação da existência empírica do fenômeno e sua relevância em termos quantitativos e qualitativos” (Zioni, 2006: 27).

De fato, os processos de exclusão partem, majoritariamente, da exposição dos sujeitos e grupos às vulnerabilidades econômicas e às precariedades da proteção social, expressões sociopolíticas do processo produtivo capitalista contemporâneo e seus efeitos na sociedade. No entanto, “o combate à exclusão não se reduz à dimensão econômica, que, apesar de ser a dimensão fundamental, não existe isolada do contexto sociocultural que a legitima e a reproduz” (Fleury, 2007: 1422-1423).

Além de revelar a magnitude de determinantes econômicos, a categoria “exclusão social” amplia as possibilidades analíticas ao incorporar outras dimensões, como a desigualdade no usufruto de direitos sociais, a troca de valores simbólicos e culturais, a subjetividade, o *status* social, o papel das redes de apoio social e de diversos atores, etc. Essa visão possibilita a reconstrução do debate de maneira reflexiva à complexidade dos problemas sociais para além do *status* do incluído *versus* o excluído e em uma direção bastante promissora à construção de políticas de proteção social, em especial, as políticas de saúde.

1.2 Coesão social: um contraponto à fragmentação da sociedade

O debate que os processos de exclusão social deflagram na análise da questão social contemporânea colocam em destaque as regras de equivalência existentes na sociedade e as forças sociais necessárias para assegurar a inclusão dos indivíduos, bem como o papel do Estado para tal. Ou seja, que elementos são considerados necessários para favorecer dinâmicas de inclusão social, de pertencimento à sociedade – enfim, de reconhecimento mútuo entre diferentes atores.

Como apresentado anteriormente, isto varia dentro de cada uma das dimensões dos processos de exclusão social e se estabelece a partir de distintos níveis (Popay et al., 2008), possibilitando interpretações singulares de acordo com cada perspectiva teórica (Escorel, 1999; Castel, 2004; Popay et al., 2008).

Assim, a multidimensionalidade implícita aos processos de exclusão social suscita distintas demandas (políticas, econômicas, sociais e culturais) e interesses dos grupos sociais (de classe, de gênero, etc.), muitos dos quais resultados das lacunas deixadas pelo Estado na execução de políticas públicas. Nesse cenário, as carências e insuficiências vividas pelos sujeitos sociais têm impulsionado, cada vez mais, uma individualização dos sujeitos quando se busca sua satisfação pela via do consumo (Kerstenetzky, 2010), ao coro do “cada um por si” na ordem do mercado.

Da mesma forma, esse universo carencial e o encaminhamento das demandas que o originam têm favorecido a constituição de identidades coletivas que fragmentam a representação social e limitam capacidade de elaboração de propostas para a transformação do conjunto da sociedade (Sorj, 2004). Verifica-se o surgimento de novos atores coletivos e com eles novos palcos de mobilização, escolhas, interesses e ação. Nesse cenário, a democracia e a cidadania adquirem expressões “inesperadas”, por serem pouco comprometidas com a garantia de uma unidade social mais abrangente (como a unidade nacional) ou, por vezes, tornam-se contraditórias aos sentimentos de interdependência e humanidade, valorizados no discurso contemporâneo dos direitos humanos (Sorj, 2004).

No Brasil e no conjunto da América Latina, região marcada pela desigualdade socioeconômica, tal fragmentação é acentuada por problemas sociais e fragilidades na capacidade do Estado em garantir proteção social a todos os cidadãos. Assim, torna-se importante aliar o debate sobre os processos de exclusão social às preocupações em torno da coesão social, como elemento necessário para garantir unidade à sociedade e também fomentar a construção de políticas que visem ao bem-comum, à proteção e à consolidação dos vínculos na sociedade.

Neste sentido, a coesão social não remete apenas aos processos que restringem ou ampliam a participação de indivíduos no grupo social ou, ainda, às diferenças entre os sujeitos. Coloca em evidência, entretanto, as forças que mantêm a reciprocidade entre os indivíduos, nas quais a solidariedade e o reconhecimento mútuo figuram como fatores protetores à existência humana e, por conseguinte, da confiança na reprodução social de um determinado grupo (CEPAL, 2007a).

Durkheim foi o precursor dos estudos sobre coesão social (1999), que ainda influenciam trabalhos recentes sobre a temática. Para o autor, a coesão social pode ser representada pela unidade e estabilidade das relações sociais ao longo do tempo. Uma força que mantém os indivíduos juntos em sociedade graças à existência de certo

consenso em favor da manutenção dos vínculos entre os membros do grupo. Este seria o ponto que singulariza a coesão social de outros conceitos.

Segundo Durkheim (1999), este consenso em favor da coletividade se baseia em dois tipos de solidariedade: a mecânica e a orgânica. A solidariedade mecânica, ou por similitudes, é uma característica das sociedades ditas “primitivas” ou “arcaicas”, organizadas em agrupamentos humanos do tipo tribal, formados por clãs. Neste tipo de sociedade, a existência de valores iguais e compartilhados por aqueles que a integram (crenças, valores religiosos, tradição, costumes partilhados, interesses materiais necessários à subsistência do grupo, entre outros) assegura a coesão social. Já nas sociedades complexas, em que há maior diferenciação individual e social (especialmente em sociedades capitalistas), prevalece a solidariedade orgânica.

O autor compara a sociedade a um grande organismo vivo com órgãos diferenciados, em que cada qual possui uma função especializada. Essa analogia é utilizada para explicar a função da divisão social do trabalho, entendida como elemento que aumenta o grau de interdependência entre os indivíduos. Neste caso, a coesão social se funda no estabelecimento de regras de conduta que determinam direitos e deveres.

A vida coletiva e a coesão social são possíveis quando os indivíduos assimilam positivamente os valores sociais por meio do processo de socialização, o qual constitui uma consciência coletiva. Esta, um determinante da conduta social, constrange os indivíduos adequando-os ao comportamento social legitimado. A ausência da socialização positiva desagrega a consciência coletiva e gera anomia, uma sociedade sem leis e, por conseguinte, desintegrada, sem coesão social.

A análise das mudanças no mundo trabalho tem grande influência para os estudos sobre integração, inclusão e coesão social. Na América Latina, os diferentes caminhos interpretativos sobre a questão social a partir deste prisma influenciaram a emergência da coesão social, como eixo decisivo e necessário de articulação entre crescimento econômico e a integração social. Neste sentido, destaca-se a influência no continente dos debates transcorridos nos idos das décadas de 1960 a 1970 sobre a polarização da sociedade a partir de eixos de integração *versus* marginalização dos indivíduos na esfera produtiva (Nun, 1969; Quijano, 1978), somadas às análises sobre o empobrecimento ao longo da década de 1990 (CEPAL, 2007b; 2008) e ao debate francês sobre a fragmentação da sociedade e a exclusão social (Castel, 1991; 2008).

Na Europa, especialmente na França, a não-integração e a desinserção social,⁸ fenômenos que compõem o processo de exclusão social iniciado pela implosão do emprego na sociedade, adquirem grande importância ao representarem as repercussões de uma crise econômica e social vigente. No debate acadêmico, surgem demandas por intervenções voltadas às dimensões estruturantes dos fenômenos da desinserção, da não-integração, da falta de “lugar social” (*lien social*) para todos: econômica (marcada por desemprego e falta de recursos financeiros), relacional (definida pelo não-pertencimento a lugar social assegurado pela manutenção dos vínculos sócio-familiares, comunitários e dos direitos cívicos) e simbólica (relacionada à edificação da identidade do sujeito e a participação do indivíduo a um ideal de vida, normas sociais e a um modelo cultural partilhado, ou ainda, valorizado em determinada sociedade) (Gaulejac; Léonetti, 2009).

Assim, como categoria signatária das demandas por inclusão, integração, inserção social, a coesão social figura como um horizonte político direcionador da ação governamental em escala nacional e regional, para o atendimento às demandas de integração, inclusão social, garantia do bem-estar e do pleno pertencimento social. Segundo a CEPAL (2007a: 12)

a coesão social se refere à eficácia dos mecanismos instituídos de inclusão social, incorporando tanto determinantes que identificam os sujeitos e formam a sociedade como valores, comportamentos, normas sociais; como mecanismos que incluem macro determinantes do desenvolvimento social: emprego, sistemas educacionais, a titularidade de direitos, as políticas de fomento a equidade, o bem-estar e a proteção social.

A CEPAL (2007a: 17) tem se dedicado aos estudos sobre os problemas da coesão social e os efeitos sociais advindos de mudanças no mundo do trabalho à luz das dinâmicas de globalização e em contexto de modernização progressiva.

Según Durkheim, cuanto menor es la división del trabajo en las sociedades, mayor es la vinculación de los individuos con el grupo social mediante una solidaridad mecánica, es decir, asentada en la conformidad que nace de similitudes segmentadas, relacionadas con el territorio, las tradiciones y los usos grupales. La división social del trabajo que adviene con la modernización erosiona y debilita tales vínculos, al igual que la creciente autonomía que adquiere el individuo en la sociedad moderna. En este marco, la cohesión es

⁸ “*La désinsertion sociale se caractérise par l’exclusion dans chacune des dimensions: chômage, pauvreté, isolement, stigmatisation sociale et dévalorisation. [...] Mais la désinsertion c’est aussi l’isolement et la rupture des appartenances, qui prive les individus de réseaux de solidarité matérielle et de soutien psychologique*” (Gaulejac; Léonetti, 2009: 76-77). “A desintegração social é caracterizada pela exclusão em distintas dimensões: o desemprego, a pobreza, o isolamento, a estigmatização social e a desvalorização. [...] Mas também é caracterizada pelo isolamento e a ruptura de pertencimentos, que priva os indivíduos de redes de solidariedade material e psicológica” (tradução livre).

*parte de la solidaridad social necesaria para que los miembros de la sociedad sigan vinculados a ella con una fuerza análoga a la de la solidaridad mecánica pre moderna. Ello requiere que sus lazos se hagan más fuertes y numerosos, y que abarquen incluso ideas y sentimientos que los unan, en términos de lo que el clásico llamaba “solidaridad orgánica”. Estos lazos crean obligaciones al individuo, ejercen presiones funcionales que moderan el egoísmo y le permiten reconocer su dependencia respecto de la sociedad.*⁹

A releitura da coesão social no sentido de enfrentar as mudanças no mundo do trabalho, bem como sua influência no âmbito da formação de sociedades complexas, tem adquirido cada vez maior importância entre os pesquisadores sociais e formuladores de políticas em anos recentes. Neste sentido, o termo não se constitui, necessariamente, como um marco interpretativo da realidade, mas uma “referência normativa associada a critérios operacionais em torno de indicadores (emprego, saúde, etc.) selecionados pelo debate público, pelos políticos e pelas tecnocracias” (Sorj; Maturcelli, 2008: 288).

Nesse caminho, na América Latina a coesão social passou a ser equacionada no contexto do desenvolvimento humano e do consenso da luta contra a pobreza. Assim, o termo tem adquirido novos contornos para além dos debates na esfera do trabalho, podendo ser interpretado como um anteparo à crescente individualização dos riscos sociais suscitados pelas políticas focalizadas de enfrentamento da pobreza. A partir dos anos 1990, os Estados nacionais passaram a realizar intervenções mais focalizadas nos segmentos mais pobres como estratégia de inclusão e fomento à coesão social, caracterizando a transição das políticas sociais de caráter universalista para intervenções mais focalizadas. Como resultado, verificou-se o deslocamento da noção de universalidade e de direito, elementos de base coletiva, amplamente reivindicados pelo movimento de redemocratização nas Américas para a individualização do risco e o tratamento da pobreza a partir do seu enfrentamento pelo viés econômico (linhas e mapas) (Fleury, 2009).

Na contramão dessa individualização, situa-se a defesa da expansão dos direitos de cidadania como elemento de base coletiva para sustentar as relações entre Estado e

⁹ Segundo Durkheim, quanto menor a divisão do trabalho nas sociedades, maior a vinculação dos sujeitos ao seu grupo social mediante uma “solidariedade mecânica”, ou seja, assentada na conformidade que nasce de similitudes segmentadas, relacionadas com o território, as tradições e às normas grupais. A divisão social do trabalho advinda da modernização danifica e debilita tais vínculos, assim como a crescente autonomia que os indivíduos adquirem nas sociedades modernas. Neste caminho, a coesão é parte da solidariedade necessária para que os membros da sociedade permaneçam vinculados a ela, com força análoga à solidariedade mecânica pré-moderna. Isto requer que seus laços sejam mais fortes e numerosos, e que abarquem a inclusão de ideias e sentimentos que os unam, que em termos clássicos é chamado “solidariedade orgânica”. Estes laços criam obrigações aos indivíduos, exercem pressões funcionais que moderam o egoísmo e lhes permite reconhecer sua dependência em relação a sociedade. [tradução livre].

sociedade na produção de políticas públicas de proteção social (Kowarick, 2002; 2003). Neste sentido, a coesão social torna-se um contraponto à fragmentação da sociedade, cujas marcas residem na desproteção social ou vulnerabilidade social às quais as famílias estão expostas durante sua reprodução social (ligados ao trabalho, acesso a políticas públicas de educação, saúde, etc.).

Portanto, na América Latina e Caribe, o conceito de coesão social surge da necessidade de se encarar problemas de origem histórica no continente: elevados índices de pobreza e indigência, extrema desigualdade social, exclusão social, diversas formas de discriminação e enfrentamento de regimes políticos não-democráticos. Neste caminho, a CEPAL (2007a: 19) especifica as contribuições de um olhar sobre a coesão social no continente, ao especificar o alcance desta abordagem, como:

- i. a coesão social se define como a dialética entre os mecanismos instituídos de inclusão e exclusão social, e as respostas, percepções e disposições da cidadania frente ao modo como é socialmente operada por meio de diversos mecanismos, a citar: política social, difusão de valores de solidariedade, sinergias entre a equidade social e legitimidade política; empoderamento; transmissão de conhecimento; efeitos das transformações socioeconômicas na interação social, mudanças na subjetividade coletiva, promoção de uma maior igualdade e maior reconhecimento da diversidade (gênero, raça/etnia, etc.) e sentimento de pertencimento social.
- ii. Esta definição permite evitar os excessos funcionalistas para pensar o papel do indivíduo na sociedade, o qual não pode ser reduzido a uma mera adaptação a uma estrutura sistêmica. Deve, portanto, considerar os valores e as percepções dos indivíduos sob o aspecto da cidadania, em face à confiança de um sistema político e econômico.
- iii. Como um fim em si, a coesão social deve ser entendida como o objetivo das políticas públicas, na medida em que todos os membros devem se beneficiar do progresso alcançado – resultado de intervenções com inflexões históricas do ponto de vista social e econômico.

Vale ressaltar que os estudos europeus e canadenses influenciaram, em grande medida, as análises contemporâneas sobre coesão social. Nesta perspectiva, destaca-se ainda a emergência do conceito de capital social, que adquiriu popularidade entre estudiosos europeus norte-americanos, permitindo, dessa forma, discutir elementos convergentes às preocupações sobre coesão social. No entanto, vale ressaltar que se

trata de um contexto social, político e econômico muito distinto da realidade latinoamericana, exigindo, portanto, cautela para a transposição dessa leitura para este continente.

O Canadá foi pioneiro ao balizar os estudos sobre coesão social à construção de políticas de Estado, influenciando governos em outros continentes. Os canadenses elaboraram noções de coesão social baseadas na perceptiva da justiça social e dos direitos humanos, ao assinalarem a necessidade de igualdade de oportunidades e do compartilhamento de valores em uma sociedade de crescente multiculturalismo e níveis de imigração (Labonte, 2004).

Naquele país, em meados dos anos 1990, esse debate foi estimulado pela necessidade de se compreender diversas mudanças operadas na sociedade, como: os efeitos do neoliberalismo, mudanças relacionadas à imigração, políticas pró-mercado e suas repercussões em aspectos do bem-estar, saúde, níveis de pobreza, além da perda de confiança nas instituições públicas para assegurar o bem-estar social. Assim, este tema emergiu como oposição a crescente individualização e desigualdade social que se aprofundavam com o avanço global do neoliberalismo (Labonte, 2004).

Os estudos canadenses possibilitaram desdobramentos teóricos importantes sobre a compreensão da coesão social e redesenharam sua aplicação como instrumento para a produção de políticas públicas (Quadro 1). Sobre este aspecto, é importante ressaltar a criação de uma Rede de Coesão Social, um grupo de pesquisa que reunia departamentos do governo e agência não-governamentais do Canadá com interesse na temática.¹⁰

¹⁰ Desde 1996, o governo do Canadá concentrou esforços na capacidade institucional de realizar políticas horizontais no intuito de atender aos fenômenos sociais complexos. Para tanto, solicitou que departamentos e unidades federais de pesquisa produzissem documentos sobre questões-chave de importância social, que seriam suscetíveis de afetar as áreas de atuação política em dez anos. Estes documentos foram consolidados em 12 relatórios-desafio, os quais sintetizavam as implicações de uma política horizontal orientada para os fenômenos apontados. Estas publicações foram mais tarde utilizadas como documentos-base para várias redes de pesquisa e ação política do Canadá (Jeannotte, 2003).

Quadro 1. Síntese das definições, influências e desdobramentos dos primeiros estudos sobre coesão social no Canadá

Autor/Fonte	Definições de coesão social	Influências/ Desdobramentos
<p>McCracker (McCracker, 1998 apud Berger-Schmitt, 2002: 405)</p>	<p>A coesão social é vista como uma característica da sociedade para lidar com as conexões e relações entre as unidades societais, como indivíduos, grupos, associações, bem como a unidade territorial</p>	<p>Subsidiou a aproximação do conceito de capital social e coesão social, ao passo que enfatiza o primeiro como elemento essencial para o alcance do segundo</p>
<p>Policy Research Commission (Policy Research Commission, 1999 apud Berger-Schmitt, 2002)</p>	<p>Contínuo processo de desenvolvimento de uma comunidade de valores partilhados, desafios partilhados, igualdade de oportunidades no Canadá, baseados em um senso de confiança, esperança e reciprocidade entre todos os canadenses</p>	<p>Influenciou a preocupação com coesão social em países de cunho mais liberal</p>
<p>Social Cohesion Network (Jeannotte, 2003: 3)</p>	<p>A coesão social é baseado na vontade dos indivíduos de cooperar e trabalhar em conjunto em todos os níveis da sociedade para atingir objetivos coletivos</p>	<p>Influenciou os estudos europeus sobre coesão social</p>

[Elaboração própria]

Segundo estudo de McCracken (1998 apud Berger-Schmitt, 2002), realizado no *Centre for Study of Living Standards* de Ottawa, um dos pioneiros sobre a temática no Canadá, a coesão social é uma característica da sociedade que sofre mudanças influenciadas por elementos sócio-históricos e culturais com repercussões na identificação entre seus membros e, por conseguinte, na vinculação e manutenção da integração social. Alguns autores destacam que o multiculturalismo daquele país foi o motor para os estudos sobre coesão social, enquanto outros assinalam que foi a interseção de questões relativas a gênero, etnia e idade com desvantagens econômicas, bem como preocupações relativas aos fenômenos da exclusão econômica, política, social e cultural (Jenson, 1998; Jeannotte, 2003).

Nesses estudos, verifica-se uma influência durkheimiana sobre o conceito de coesão social, à medida que o termo foi analisado como elemento implícito a uma determinada sociedade com efeitos no funcionamento e organização social. O distanciamento teórico da perspectiva funcionalista de Durkheim para entender a coesão

social se deu com a reelaboração do conceito na Europa, a partir dos trabalhos da *European Commission for Social Cohesion*, nos anos 2000 (Concil of Europe, 2004).

Em 1997, o *Council of Europe*¹¹ havia criado a *European Commission for Social Cohesion* (Council of Europe, 2004), com a finalidade de buscar estratégias para assegurar a coesão social entre os países europeus na perspectiva dos direitos humanos e da democracia. O Conselho destaca que a temática da coesão social faz referência aos seguintes elementos: integração comunitária e societal; compartilhamento de valores; solidariedade e envolvimento coletivo em contraposição ao individualismo; sistema equitativo de direitos e responsabilidades, princípios democráticos e um Estado de direitos (Council of Europe, 2012).

A *European Commission for Social Cohesion* entende que a coesão social é a capacidade da sociedade de assegurar o bem-estar de todos os membros, minimizando as disparidades e evitando a polarização. Uma sociedade coesa é uma comunidade solidária, formada por indivíduos livres que buscam objetivos comuns por meios democráticos (Council of Europe, 2004: 3).

Desde o final dos anos 1990, muitos grupos de pesquisa têm explorado a temática da coesão social com foco na globalização (Beauvais; Jenson, 2002). Atualmente, os dois principais pilares (ou eixos) dos estudos sobre coesão social são: (i) a dimensão da desigualdade da coesão social, voltada para questões como disparidades, iniquidades, exclusão social, fragmentação e clivagens sociais que potencialmente podem enfraquecer a coesão social; e (ii) a dimensão do capital social da coesão social, que se refere aos aspectos que potencialmente podem fortalecer a coesão social, como relações e laços sociais, identidade, envolvimento, participação social e um sentido de pertença a uma mesma comunidade (Freiberg; Wiesenbach, 2011).

Nesse caminho, o capital social tem se configurado como um elemento importante na literatura atual voltada à coesão social, apesar de não haver filiação entre esses termos quando surgiram as primeiras elaborações teóricas sobre capital social.

¹¹ O Conselho da Europa, com sede em Estrasburgo (França), abrange praticamente todo o continente europeu, com 47 países-membros. Fundada em 5 de maio de 1949 por dez países, o Conselho da Europa procura desenvolver em todo o continente os princípios comuns democráticos com base na Convenção Europeia dos Direitos Humanos e outros textos de referência sobre a proteção dos indivíduos. Os principais objetivos do Conselho são: proteger os direitos humanos, a democracia pluralista e o Estado de Direito; promover a conscientização e incentivar o desenvolvimento da identidade cultural da Europa e da diversidade; encontrar soluções comuns para os desafios da sociedade europeia; consolidar a estabilidade democrática na Europa, apoiando a reforma política, legislativa e constitucional (Council of Europe, 2012).

O uso do termo se popularizou a partir dos trabalhos de Robert Putnam. A partir de um estudo de diferentes regiões da Itália, Putnam encontrou uma correlação positiva entre o sucesso econômico de uma localidade e a densidade de associações voluntárias. Argumentava que a adesão e o envolvimento em associações voluntárias fomenta a comunicação e a disseminação de informações, de modo a impulsionar a confiança nas normas sociais vigentes, favorecendo a cooperação e o desenvolvimento econômico. Ou seja, mecanismos a partir dos quais o capital social se torna determinante para o desenvolvimento econômico e social (Putnam, 1993 apud Hulse; Stone, 2007).

Os aspectos principais que determinam o capital social fazem referência a elementos importantes à coesão social, sendo: (i) as relações sociais e atividades dentro de grupos sociais primários e associações; (ii) a qualidade das relações em termos de partilha de valores, sentimentos de filiação, solidariedade e confiança; (iii) a qualidade das instituições, em termos de confiabilidade, eficiência de funcionamento, credibilidade e estabilidade de uma sociedade (Hulse; Stone, 2007).

Esses aspectos determinam as principais modalidades de capital social segundo as relações estabelecidas: a) relações de confiança e cooperação entre membros de uma rede, similares em termos de sua identidade social, denominadas tipo *bonding* ou de união; b) relações respeitadas e de reciprocidade entre indivíduos e grupos que sabem não possuir as mesmas características sócio-demográficas, nomeadas tipo *bridging* ou de junção; e c) normas de respeito e relações de confiança entre indivíduos, grupos, redes ou instituições que interagem por meio de gradientes explícitos de autoridade ou poder institucionalizado, caracterizadas como capital social tipo *linking* ou de vínculo (Szreter; Woolock, 2004 apud Solar; Irwin, 2007).

Portanto, os principais vetores a partir dos quais o capital social transforma vida em sociedade por meio do reforço da coesão social são: (1) o clima de confiança e as relações interpessoais; (2) a capacidade de associatividade – formas de cooperação; (3) a consciência cívica – consciência coletiva em uma sociedade; e (4) os valores éticos predominantes em uma sociedade (Sen; Kliksberg, 2010: 304-306).

O capital social favorece a reciprocidade, fomenta as redes sociais fortes, como também apresenta efeitos positivos no funcionamento das instituições públicas voltadas à proteção dos indivíduos. Neste sentido, alguns autores discutem que o debate sobre coesão social tem ocupado a cena política sem uma referência direta a este conceito, mas mediado por preocupações em torno do capital social (Hulse; Stone, 2007).

A partir da coesão social, torna-se importante apreender os valores e as percepções dos indivíduos sobre o grau de reciprocidade e solidariedade em cada sociedade, bem como sobre o modo em que este se edifica e altera a vida social, com a participação de diferentes atores, governo, Estado e sociedade civil. Neste caminho, a CEPAL (2007a: 18) propõe quatro caminhos teóricos para encaminhar as análises sobre a coesão social: (i) capital social, entendido como patrimônio simbólico da sociedade em termos de normas, redes e laços sociais de confiança, que permita reforçar a ação coletiva e assentar as bases de reciprocidade que se estendam progressivamente ao conjunto da sociedade; (ii) a inclusão social, como oposto dos processos de exclusão e uma forma ampliada de integração a partir de acesso aos canais que permitam aos indivíduos participarem da sociedade; (iii) a integração social, como oposto de marginalização, entendida como um processo que permite às pessoas desfrutarem de um nível mínimo de bem-estar, condizente com o desenvolvimento alcançado em determinado país; e (iv) ética social, que se refere a um conjunto de valores, ao consenso em torno de mínimos normativos e mínimos sociais, a solidariedade como valor ético, prático e um princípio assumido de reciprocidade no tratamento.

Por fim, desvelar a questão social da atualidade implica refletir sobre vínculos e condições de coesão social herdadas do passado e reconfigurados no presente, bem como balizar sua “metamorfose” a preocupações em torno dos processos de inclusão social, integração e pertencimento. Assim, torna-se possível enfrentar a ruptura dos laços sociais, a insegurança para a garantia de condições mínimas de existência humana e a crescente e cada vez mais perversa desproteção social.

1.3 Equidade em Saúde: as expressões da questão social e o debate ético na saúde

Tomar a saúde como um direito humano fundamental, reconhecido em diversas instâncias legais e institucionais, introduz no escopo das políticas públicas a necessidade de sua garantia sem distinção de raça, religião, convicções políticas, condição econômica ou social, conforme realçado em documento recente da *Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks* (2011).

Como direito de cidadania, tal como plasmado em lei na Constituição Federal brasileira (1998), a saúde deve ser concebida a partir do desenvolvimento de políticas sociais universais e igualitárias. Políticas públicas que atendam ao essencial dos projetos de vida dos indivíduos, ao incorporarem a complexidade e a heterogeneidade das necessidades sociais. Isto implica considerar o direito à diferença no espaço público e da cidadania – espaço por excelência da igualdade (Escorel, 1993), demandando, assim, a elaboração de regras de distribuição amparadas pelo princípio ético da justiça social. Ou seja, trata-se de políticas que operacionalizem a equidade como um meio para a igualdade, um fim último.

O princípio ético de justiça social deve orientar a produção de uma hierarquia de necessidades para orientar o Estado na elaboração de condições capazes de assegurar os preceitos constitucionais de “acesso universal e igualitário às ações e serviços” (Lei nº 8.080/90) ou “a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei nº 8.142/90). Isto gera, portanto, a necessidade de produzir equidade e ao mesmo tempo enfrentar as iniquidades vigentes.

Segundo Amartya Sen (2001: 43-44), “toda teoria normativa do ordenamento social que tenha resistido ao teste do tempo parece exigir a igualdade de algo – algo que é considerado como particularmente importante nessa teoria”. As teorias envolvidas são diferentes e frequentemente estão em conflito. No entanto, quando elas têm a igualdade como fundamento, torna-se possível estabelecer pontos de contato entre teorias, a princípio, divergentes.

Segundo Sen (2010: 74-75),

a teoria da justiça no mundo contemporâneo não poderia ter nenhuma plausibilidade séria se não valorizasse a igualdade em algum espaço [...] Na verdade a igualdade como ideia abstrata, não tem muito poder de corte e o verdadeiro trabalho começa com a especificação do que deve ser equalizado. O passo central, então, é a especificação do espaço no qual a igualdade deve ser buscada e as regras contábeis equitativas que podem ser seguidas para chegar a preocupações agregadoras e também, distributivas. O conteúdo das respectivas

teorias volta-se para respostas a perguntas tais como “igualdade do quê?” e “equidade em que forma?”

Para elaborar resposta a essa pergunta, o autor retoma a dimensão ética para a produção de bem-estar como um propósito ao desenvolvimento humano e, por conseguinte, para a conquista de liberdades substantivas (Sen, 2001).

A teoria de Sen (2001) se funda na ideia de que o objetivo do desenvolvimento é melhorar a vida humana. Para tanto, torna-se necessário expandir as possibilidades de “ser” e de “fazer” dos indivíduos para que estes realizem funcionamentos (*functionings*). Para Sen, os funcionamentos referem-se às atividades ou “estados de existência ou ser” que refletem as várias coisas que uma pessoa pode considerar valioso ter ou fazer. A realização de tais funcionamentos garante a efetiva liberdade de os sujeitos desenvolverem plenamente suas capacidades (*capabilities*). Estas, diferentemente de habilidades ou aptidões (*abilities*), fazem referência à oportunidade, uma condição externa para realizar os funcionamentos. Assim, a capacidade é a liberdade de efetivar tipos diversos de funcionamentos, ou de levar o tipo de vida que se deseja. Isso alinha o desenvolvimento com a liberdade. As escolhas efetivamente realizadas pelas pessoas organizam-se em vetores de funcionamentos, enquanto que o conjunto de todas as opções possíveis de funcionamentos para aquela pessoa constitui seu conjunto de capacidades. Esse conjunto constitui as liberdades substantivas da pessoa, passando o desenvolvimento a ser medido pela expansão do conjunto de capacidades de cada um.

Para Sen e Kliksberg (2010), a capacidade de ser ou estar saudável constitui um imperativo ético, cuja defesa se baseia na dignidade inalienável das pessoas. Assim, as desigualdades sociais que repercutem negativamente na condição de existência do indivíduo ou minam sua oportunidade de ter boa saúde e, por conseguinte, sua liberdade, devem ser enfrentadas. Para tanto, a análise do espaço no qual determinada desigualdade é produzida torna-se condição *sine qua non* para tal enfrentamento, dado que desigualdades em diferentes espaços (renda, bens primários, liberdades, etc.) podem ter diferentes repercussões em função da própria diversidade humana e das variações interpessoais na relação entre diferentes variáveis (Sen, 2001).

A diferença da teoria de Sen para a teoria de John Rawls, da “justiça como equidade”, que o inspirou, é que enquanto o último focaliza os “bens primários” (renda, riqueza, oportunidades), Sen enfoca as capacidades para a realização de

funcionamentos. Ou seja, considera a existência de uma pluralidade de valores que determinarão as escolhas individuais, os quais não se restringem aos bens primários. Além disso, leva em consideração as assimetrias do mundo e o conjunto de oportunidades disponíveis aos sujeitos, para que estes possam arquitetar suas preferências e, por fim, realizar suas escolhas.

Segundo Kerstenetzky (2000), Amartya Sen se opõe tanto à distorção utilitarista, indiferente às assimetrias do mundo social que levam à formação distorcida de expectativas, quanto à indiferença de Rawls às carências dos especialmente destituídos, em nome da responsabilidade (esta implicaria que pessoas racionais sejam capazes de revisar suas demandas por bens primários tendo em vista a razoabilidade de adquiri-los).

As singularidades da abordagem teórica de Sen tornam-se bastante promissoras ao campo da saúde, pois possibilitam questionar as contribuições do setor para assegurar a liberdade dos sujeitos em desenvolver plenamente suas capacidades. Ou seja, coloca em xeque “se” e “como” determinadas assimetrias dos sistemas públicos de saúde de acesso universal e igualitário impõem limites às escolhas individuais, ao invés de garantirem proteção e igualdade.

Para Sen, a saúde está entre as mais importantes condições de vida humana, é “um constituinte criticamente significativo das capacidades humanas” que deve ser valorizado. Assim, qualquer concepção de justiça social que aceite a necessidade de uma distribuição equitativa, e também uma otimização das capacidades humanas, não pode ignorar o papel da saúde e das oportunidades de acesso e utilização de serviços para obtê-la. Saúde é um recurso para a vida. Portanto, a equidade na produção e distribuição da saúde está incorporada e embutida em uma noção ampla de justiça (Sen, 2010: 74-77).

A produção de equidade em saúde implica um senso de justiça que demanda, por conseguinte, um juízo de valores. Estes permitem operacionalizar um elenco de prioridades para o enfrentamento de iniquidades em saúde, ou seja, das desigualdades constituídas a partir das diferenças desnecessárias, evitáveis, e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis (Whitehead, 1992).

As iniquidades em saúde referem-se, portanto, a pluralidade e diversidade de carências dos indivíduos, tanto no âmbito das condições de saúde, dos recursos materiais e simbólicos determinantes do risco de o indivíduo adoecer ou morrer, e das

diferentes oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde (Travassos; Castro, 2008).

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. E este, quando implica a doença como efeito de causas sociais e não como escolha individual, torna-se um tema de especial relevância, particularmente negativo para a justiça social (Sen; Kliksberg, 2010). A pobreza, a vulnerabilidade econômica e o isolamento social podem determinar o risco desigual de adoecer e morrer, bem como podem influenciar as estratégias de enfrentamento desses processos.

Embora variações biológicas (sexo, idade) determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais, ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas (Escorel, 2008: 206-207).

Diferentes autores apontam os efeitos da desigualdade social sobre saúde e suas repercussões para a existência humana, considerada a mais importante dimensão da equidade em saúde (Marmot et al., 1991; 1997; Evans et al., 2002; Carr-Hill; Chalmers-Dixon, 2005). Neste sentido, a desigualdade tem ocupado lugar de destaque no debate sobre equidade como eixo norteador do desenvolvimento (United Nation, 2006; Sen; Kliksberg, 2010).

As desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde são expressões diretas das características do sistema de saúde. Portanto, estão relacionadas às estratégias de intervenção do Estado para o combate às iniquidades.

A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (Travassos; Castro, 2008: 216).

Sen e Kliksberg (2010: 77) argumentam que é necessário realizar uma distinção entre “realização da saúde” (estado de existência) e a “capacidade” (oportunidade) de se obter boa saúde (que pode ou não ser praticada). “A realização da saúde tende a ser um

guia para as capacidades subjacentes, pois temos tendência a dar prioridade à boa saúde quando temos a real oportunidade de escolha”.

Os autores também destacam a necessidade de “distinguir entre realização e capacidade, por um lado, e os serviços sociais oferecidos para esta realização (como os serviços de saúde), por outro”. Argumentam que a busca da equidade em saúde não pode se restringir a uma exigência sobre distribuição de serviços de saúde. Sem negligenciar a importância de se pensar a equidade a partir do componente “oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde”, os autores destacam a importância das condições de saúde para a equidade, pois este componente é um retrato dos efeitos de longo alcance da desigualdade social sobre a saúde e a sobrevivência.

É importante destacar que as condições de saúde constituem o retrato das desigualdades sociais historicamente produzidas, de uma sucessão de desvantagens sociais, que por sua vez determinam as condições de existência das pessoas. Estas irão, por conseguinte, indicar as demandas relativas à distribuição e oferta de serviços de saúde, visando à produção da equidade horizontal (Travassos; Castro, 2008).

Tomando a igualdade como um valor último, a equidade horizontal figura como a necessidade imediata de imprimir regras de distribuição desigual para indivíduos que possuem diferentes necessidades de acesso e utilização dos serviços de saúde. Ou seja, as condições de saúde de um grupo populacional podem limitar a capacidade de se obter boa saúde e, por conseguinte, ampliar os desafios impostos às oportunidades de alcançá-la. Assim, necessidades clínicas e sociais irão determinar necessidades diferenciadas de cuidados em saúde.

A equidade horizontal visa que os serviços de saúde dispensem cuidados iguais para indivíduos com necessidades iguais, independentemente de sua renda, raça/etnia, condições de moradia, etc. (Gwatkin; Victoria, 2004). No entanto, existem evidências de que, para níveis idênticos de necessidades clínicas, grupos de rendimentos mais baixos tendem a utilizar menos os serviços de saúde, de modo a não corresponder a suas necessidades. Ou ainda, de que as disparidades na oferta de cuidados em saúde têm seguido um caminho pró-riqueza, no qual quem tem menos está em clara desvantagem não somente em relação aos rendimentos, mas também em relação à utilização dos serviços de saúde (Goddard; Smith, 2001; Hanratty et al., 2007), e em relação ao financiamento público do setor (Gwatkin; Victoria, 2004).

Dessa forma, o componente “oferta e distribuição de serviços de saúde” adquire relevância para a justiça social e para a equidade, na medida em que representa o

processo ou os procedimentos adotados para se produzir justiça e igualdade. Nesta perspectiva, a análise da equidade horizontal em saúde não deve se restringir apenas à disponibilidade ou não de um serviço, mas incorporar o modo de organização do mesmo e das tecnologias¹² de que dispõe, como o acolhimento, para enfrentar desigualdades de gênero, etnia, classe social, etc.

Outros autores destacam que a equidade vertical¹³, noção de equidade geralmente empregada em relação à alocação de recursos para os serviços de saúde, deve figurar como um importante instrumento de promoção de justiça social (Mooney; Jan, 1997; Travassos; Castro, 2008). Paim (2006), ao analisar o SUS como uma política promotora de equidade, por meio dos procedimentos de distribuição de recursos no sistema, destaca a necessidade da combinação de diferentes critérios técnicos e metodológicos para a análise das desigualdades sociais existentes. Esta análise pormenorizada do cenário de ação deve ser refletida nas estratégias de gestão do sistema nacional de saúde. Acrescenta, ainda, que a equidade na alocação de recursos entre unidades federativas, por exemplo, deve contemplar as iniquidades sociais preexistentes nos diferentes territórios.

Braveman e Tarimo (2002) destacam que as preocupações explícitas com a equidade em saúde e seus determinantes devem figurar na cena política e na agenda de organizações nacionais e internacionais, no sentido de promover uma ação ampliada para o enfrentamento de desigualdades. Uma razão prática para concentrar esforços nesta análise é a justificativa de que muitas desigualdades estão entre as causas mais importantes de uma carga de doenças evitáveis (como diarreia, tuberculose, entre outras) e que afetam em larga escala grupos sociais mais desfavorecidos. Este seria o exercício de um senso de justiça social.

Por iluminar um olhar singular para as questões sociais em tela a partir do princípio de justiça social, a equidade como eixo norteador para a construção de políticas de saúde exige, *a priori*, uma tomada de decisão tanto epistemológica quanto

¹² Segundo Emerson Merhy (2002), o desenvolvimento da atenção integral em saúde implica a combinação de diferentes tecnologias assistenciais com o intuito de melhorar e prolongar a vida das pessoas. O autor delineia três tipos de tecnologias assistenciais: as tecnologias duras, que são aquelas ligadas aos equipamentos e procedimentos; as leve-duras, que correspondem ao uso de saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia; e, por fim, as tecnologias leves, que são aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e o paciente, como a produção de acolhimento.

¹³ Por exemplo, a progressividade no financiamento do sistema de saúde deve ser inversamente proporcional ao rendimento das pessoas (Travassos; Castro, 2008: 217).

política Tal posição incorpora as especificidades locorregionais para a leitura da realidade social (Silva; Almeida Filho, 2009).

Diferentes autores apontam para as diferentes interpretações do termo “equidade”, o que gera dificuldades de desenvolver medidas em que um senso de justiça esteja implícito (Paim, 2006; Braveman; Tarimo, 2002). Neste caminho, a observação sistemática da ocorrência de iniquidades entre grupos de pessoas com diferentes níveis de privilégios sociais, poder e vantagens, e não somente da pobreza, é um caminho promissor para precisar com maior clareza que tipo de ações deve ser realizado e como a justiça social deve ser construída. Isso porque, em praticamente todos os lugares, os privilégios sociais variam não só em função dos recursos econômicos, mas também por gênero, raça/etnia, localização geográfica, entre outros aspectos, os quais geram necessidades que acarretam uma alocação de recursos diferenciada para o enfrentamento das diferenças indesejáveis e evitáveis (e de seus determinantes) (Braveman; Tarimo, 2002).

Apesar dos desafios, muitas iniciativas têm sido desenvolvidas, especialmente ao longo dos anos 2000, para elaborar instrumentos de medida para análise e monitoramento de iniquidades em saúde (Wagstaff et al., 2001; Braveman, 2003; Mackenbach; Bakker, 2003; Carr-Hill; Chalmers-Dixon, 2005). Estes têm sido operacionalizados a partir de componentes técnico-metodológicos orientados por valores de justiça social e endereçados ao enfrentamento das iniquidades em saúde e de seus determinantes como subsídios à produção de políticas públicas.

Segundo Carr-Hill e Chalmers-Dixon (2005), tais componentes técnico-metodológicos se distribuem em três grandes grupos: (i) aspectos demográficos (idade, área de residência, sexo e raça/etnia); (ii) *status* social e econômico (posse de automóvel, emprego, renda, classe social, ocupacional, estratificação socioeconômica e *status* social); (iii) ambiente social (condições de moradia [situação de domicílio: rural/urbano], redes sociais, suporte social – redes de apoio). Trata-se de medidas de variáveis sócio-demográficas aliadas a medidas de *status* socioeconômico e posição ocupada na estrutura social (educação, classe social, *status* do emprego, entre outras) e, por fim, ambiente e capital social.

A repercussão de tais categorias de análise no padrão de morbimortalidade, intra e entre diferentes grupos populacionais, tem sido analisada a partir de inquéritos elaborados para a análise de distintas situações de saúde, como: níveis de saúde geral (voltados à análise do impacto da doença/deficiência em atividades de vida diária);

saúde mental e doença mental; ajustamento social (para análise dos níveis de integração do indivíduo em determinado coletivo, como a comunidade); suporte social (tem como foco as relações sociais/laços sociais entre indivíduo, família e comunidade), saúde das crianças; saúde dos idosos; condições específicas de saúde (analisam a experiência da doença ou de uma condição específica); perfis multidimensionais de saúde (voltados a analisar o estado de saúde dos indivíduos a partir de várias dimensões da saúde, empregando instrumentos específicos) e índices de saúde (os quais subsidiam a elaboração de escores do nível de saúde, como expectativa de vida ajustada à qualidade de vida e anos potenciais de vida perdidos), entre outros (Carr-Hill; Chalmers-Dixon, 2005).

Esse arsenal de estratégias e instrumentos para medir, analisar e enfrentar iniquidades em saúde evidencia como o tema da desigualdade tem sido crucial e de extrema complexidade no setor. Neste sentido, nota-se o protagonismo da saúde para conduzir o debate sobre iniquidades como uma expressão da questão social que aflige a condição de vida das pessoas. Neste sentido, o campo da saúde produz novos caminhos interpretativos para o debate, ao indicar que as formas tradicionais de medir o padrão de saúde de uma população somente a partir da carga de doenças que a aflige são insuficientes para garantir padrões igualitários de saúde (CDSS, 2008); incorporar, entre seus determinantes sociais, temas caros ao desenvolvimento humano, cuja tradição de estudos se limitava ao campo da economia, como necessários para assegurar níveis aceitáveis de saúde;¹⁴ e, constituir um dos pilares, juntamente com a educação, de um elemento essencial das economias desenvolvidas: o capital humano (Kliksberg, 2010).

A saúde é, portanto, “um pré-requisito para o desenvolvimento e não apenas uma consequência deste” (Kliksberg, 2010: 141). Neste sentido, sua garantia como direito democrático é um princípio de justiça. Saúde e democracia constituem, portanto, uma prioridade ética para o enfrentamento das expressões da questão social, bem como para o desenvolvimento centrado na valorização da vida.

¹⁴ O coeficiente de Gini pode ser muito útil para se entender a situação de saúde de uma população. Estudo realizado por Erick Messias (2003) sobre desigualdades entre diferentes estados brasileiros evidencia a relação entre um indicador clássico da economia para medir a desigualdade de renda e a qualidade da saúde da população. Segundo o estudo, a cada aumento de 0,01 no Índice de Gini, ocorre uma queda de 0,6 ano na expectativa de vida (Kliksberg, 2010).

CAPÍTULO II - Proteção social e seguridade: notas sobre tendências políticas e medidas para o enfrentamento da pobreza

Segundo D'Avila Viana e Levcovitz (2005), os sistemas de proteção social constituem modo de ação pública que visam resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos, como doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão. A análise desses sistemas em países considerados industrializados subsidia sua categorização em “tipos ideais de proteção social”. Tal tipologia contém características gerais para identificar os distintos modelos de proteção social, possibilitando a análise de realidades concretas (Fleury; Ouverney, 2008).

Neste sentido, delinham-se três modalidades básicas de proteção social com base em princípios, cobertura e tipo de acesso aos bens e serviços. A *assistência social*, que visa distribuir bens e recursos para camadas específicas da população; o *seguro social*, no qual a distribuição de benefícios é destinada às categorias profissionais, e a *seguridade social*, na qual todos os cidadãos devem ser beneficiados pela distribuição de recursos. A análise do conjunto da sociedade por este prisma, que inclui os valores compartilhados e o peso das instituições, deflagra distintos caminhos interpretativos sobre a pobreza, um fenômeno que adquire *status* de problema social nos moldes contemporâneas a partir do século XIX, com o alvorecer do capitalismo industrial e dos próprios sistemas de proteção social (Mauriel, 2011).

O modelo de proteção cujo eixo central reside na assistência social seletiva reserva à ação pública um lugar mínimo e complementar àquela, prioritariamente adquirida através do mercado autorregulável. Em consequência, a proteção social adquire caráter compensatório e discriminatório, e as ações do Estado têm como foco a pobreza e os grupos mais vulneráveis (Fleury; Ouverney, 2008). Como neste caso a prestação de serviços possui caráter caritativo, emergencial e de baixa qualidade, não representa um direito social. Segundo Fleury (2009), na medida em que o indivíduo tem que atestar sua elegibilidade às ações por critérios distintos, como renda, por exemplo, evidenciando que fracassou ao buscar os serviços no mercado, gera-se uma forma de “cidadania invertida”. Esta desqualifica e estigmatiza o portador, que precisa se submeter a uma política dos mínimos sociais, cujo histórico brasileiro na política social é marcado por clientelismo e caráter eleitoreiro (Draibe, 1993).

O modelo de seguro social “implantado por Bismarck na Alemanha em 1883 tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma

relação contratual” (Fleury; Ouverney, 2008:34). Originário do período de formação da classe trabalhadora industrial, o princípio da solidariedade grupal e a meritocracia para o recebimento do benefício (definida pela contribuição do trabalhador) e o financiamento tripartite (empregador/empresa, trabalhador e Estado) marcam e estratificam a distribuição dos seguros. Esta forma de condicionamento dos direitos sociais segundo a inserção do beneficiário na esfera produtiva denota uma “cidadania regulada” (Santos, 1979).

O modelo de seguridade social é o mais amplo de todos e tem por base o Plano Beveridge, de 1942, na Inglaterra. Este, de caráter igualitário, tem como fundamentos a garantia de um padrão mínimo de benefícios aos cidadãos de forma universalizada, no qual os benefícios são desvinculados das contribuições. Neste caso, as políticas sociais têm como função corrigir desigualdades geradas pelo mercado e o Estado desempenha papel central no financiamento e administração do sistema (Fleury; Ouverney, 2008). Nesse modelo se cristalizam as noções de direito e cidadania reconhecidos pelo Estado na elaboração de políticas sociais.

O modelo de assistência social marca, de longa data, as primeiras estratégias de enfrentamento da pobreza, mesmo antes do surgimento do mercado no sistema capitalista. Nas sociedades pré-mercantis, as ações solidárias de “ajuda” realizadas pela Igreja e pelos senhores feudais constituíam formas isoladas de proteção destinada aos pobres. No bojo de uma concepção moralista que associava a pobreza a falhas de caráter individual, os pobres eram considerados incapazes para autossustentação por meio do trabalho. Embora tal concepção fosse imperativa até meados do século XIV, os crescentes problemas sociais do fim do feudalismo, somados às epidemias e à fome, evidenciaram a insuficiência da caridade cristã para enfrentá-los. Como resposta social, cristalizaram-se nesse período as chamadas *Poor Laws* (Leis dos Pobres) em que o Estado começou a se responsabilizar pela proteção social dos pobres (Gelinski, 2010).

No regime das *Poor Laws*¹⁵ inglesas iniciadas no século XIV e reeditadas até o início do século XIX, todos os pobres eram obrigados a trabalhar sob quaisquer

¹⁵ Em 1351, a Inglaterra instituiu o *Statute of labourers* (Lei dos trabalhadores) que seria reforçada em 1388 pela *Poor Law Act*. Posteriormente, as *Poor Laws* seriam reeditadas em 1601 e em 1834, e receberiam um conjunto de emendas que as modificaram em aspectos específicos.

condições de trabalho e somente os incapazes para conseguirem trabalho (viúvas, crianças órfãs, idosos e doentes) tinham direito à assistência¹⁶ (Ivo, 2008).

Com a formação do mercado livre de trabalho na Inglaterra¹⁷ no século XVIII, iniciou-se a *Speenhamland Law* (1795 a 1834), primeira proposta¹⁸ de transferência de renda para todos os pobres que não pudessem arcar com os custos da sobrevivência. Esta lei garantia uma renda mínima aos sujeitos que não conseguiam garantir sua subsistência pelo trabalho, por meio de um sistema de abonos concedidos de acordo com uma tabela regulamentada pelo preço do pão e variável segundo o número de filhos. Esta lei foi criada como medida de urgência, visto que “as vantagens econômicas de um mercado livre não poderiam compensar a destruição social que ele acarretara”, dado o crescimento da pobreza entre os trabalhadores (Polanyi, 2000: 99).

Durante a *Speenhamland Law* o indivíduo recebia assistência mesmo quando empregado, se seu salário fosse menor do que a renda família estabelecida pela tabela. Ora, nenhum trabalhador tinha qualquer interesse material em satisfazer o empregador, uma vez que sua renda era a mesma qualquer que fosse o salário. A situação era diferente no caso dos salários padrão, isto é, quando os salários pagos excediam a tabela, ocorrência muito pouco comum no campo uma vez que o empregador poderia conseguir trabalhadores a qualquer preço (Polanyi, 2000: 101).

Como efeito, os empregadores foram motivados a não elevar os salários além da tabela de abonos, o trabalho foi conduzido até um nível de indigência, e o trabalhador, à pauperização extrema. Nesse contexto, o Estado sofreu duras críticas relativas aos limites impostos por esta lei que subsidiava salários ao invés de financiar a expansão do proletariado industrial. A *Speenhamland Law* tornava-se, portanto, um impeditivo para a formação de um mercado de trabalho nos moldes capitalistas, sendo, portanto, abolida (Monnerat et al., 2007).

A concepção de que a origem da pobreza está na propriedade privada, reforçando a necessidade de uma transferência de renda para todos de modo que possam

¹⁶ A *Poor Law* tinha uma administração local e cada paróquia (unidade territorial) tinha sua própria tabela de impostos, e por meio deles empregavam os homens capazes e mantinham os asilos de pobres, onde havia ensino para órfãos e crianças carentes e cuidado para idosos e doentes (Polanyi, 2000).

¹⁷ Segundo Karl Polanyi (2000), o mercado de trabalho foi organizado tardiamente no período da Revolução Industrial no Reino Unido. Assim, os trabalhadores, penalizados pela herança do período dos “cercamentos”, não tinham liberdade de prestar serviços em uma localidade que não fosse adscrita à sua paróquia. O *Statute of Artificers*, de 1563, e o *Act of Settlement*, de 1662, legitimavam tal regulamentação. Com a revogação dessas legislações entre o final do século XIX e início do século XX, criaram-se as condições para o estabelecimento de um mercado livre de trabalho, proporcionando a migração da força de trabalho e o crescimento da pobreza entre os trabalhadores (Polanyi, 2000).

¹⁸ De acordo com Suplicy (2006), os primórdios da renda básica para todos datam de 1516, encontrados no livro *Utopia*, escrito por Thomas Moore.

usufruir da riqueza de uma nação, esteve presente no ideário da Revolução Francesa (Suplicy, 2006). No entanto, a conquista de direitos políticos e sociais pela classe trabalhadora e, por conseguinte, a associação entre o conceito moderno de proteção social ao bem-estar e à cidadania, tiveram início apenas no final do século XIX.

Segundo Pierson (1991), enquanto padrão amplo de proteção social, o *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar emergiu como fenômeno próprio do século XX em países da Europa Central. Estes já se constituíam em estados nacionais consolidados e desenvolviam políticas em favor do bem-estar e da cidadania. Após a Segunda Guerra Mundial, a emergência desses sistemas foi marcada pela responsabilidade do Estado em manter o crescimento econômico, pleno emprego e aumento da cobertura e dos gastos sociais.

Neste sentido, diferentes arranjos de proteção social “definiam o papel dos atores e seus recursos de poder (mobilização operária, formas de organização, voto, etc.), bem como o papel das instituições” (Vianna, 1997: 156). Isso fez emergir diferentes tipologias de *Welfare State*, que influenciaram, por conseguinte, os diferentes tratamentos da pobreza como questão social. Em alguns, privilegiava-se a seleção de populações beneficiárias; em outros, a instituição de direitos universais; “uns dando prioridade às prestações homogêneas e outros às provisões diferenciadas segundo a inserção no mercado de trabalho” (Vianna, 1997: 156). Neste caminho, vale destacar as tipologias propostas por Titmuss (1958 apud Vianna, 1997: 156) e Esping-Andersen (1990). O primeiro discrimina três modelos de Estados de Bem-Estar:

o residual (caracterizado por políticas seletivas, concretizadas em programas para segmentos sociais específicos oferecidos através de testes de renda), o meritocrático (caracterizado por reproduzir, na provisão de benefícios e serviços, a estratificação existente no mercado de trabalho) e o redistributivo (caracterizado pela política substancialmente universalista-igualitária e mais ou menos temperado por programas seletivos) (Titmuss, 1958 apud Vianna, 1997: 156).

Na mesma linha teórica, Esping-Andersen (1990) analisa as tipologias de *Welfare State* segundo o grau de democratização social de capitalismo alcançado por cada tipo, sendo: o liberal, em que o Estado privilegia a busca de serviços no mercado a exemplo dos Estados Unidos, Canadá e Grã-Bretanha; o conservador, em que são concedidos benefícios diferenciais segundo ocupação, caso típico da Alemanha e França; e o social-democrata, encontrado em países escandinavos, nos quais os serviços sociais são universais, o que permite equalizar os cidadãos.

As noções de Estado de Bem-Estar Social são estranhas à análise da política social na América Latina,¹⁹ em função de remeter “a uma série de conteúdos socialmente positivos, estranhos a uma realidade histórica de pobreza, miséria e exclusão social”, além de fragilidades político-institucionais para conduzir a política social (Draibe, 1993: 7). Ou seja, a América Latina nunca viveu um Estado pleno de Bem-Estar Social, a exemplo dos países europeus.

A partir dos anos 1970, a crise da sociedade salarial e a ampliação do desemprego estrutural na Europa, o esgotamento da chamada “Era de Ouro” do pós-Segunda Guerra Mundial, fizeram emergir o que foi denominada uma nova pobreza (Rosanvallon, 1998; Castel, 2008). Esta é resultante das transformações na economia política do capitalismo com desdobramentos nos processos de trabalho, hábitos de consumo, configurações geopolíticas, poderes e práticas dos Estados nacionais (Harvey, 2009). Se crescimento da pobreza e seu tratamento como questão social se relacionam ao colapso dos sistemas de *welfare state* nos países desenvolvidos, na América Latina o aprofundamento do quadro social está ligado às repercussões da crise do modelo desenvolvimentista (Ugá, 2004; Ivo, 2008).

Na América Latina, tal período foi marcado pelo desenvolvimentismo ocorrido à custas de elevado endividamento externo dos Estados nacionais, especialmente entre os anos 1950 e 1960. Em função de mudanças econômicas e políticas nos países centrais consequentes à crise do petróleo de 1973 e o aumento das taxas de juros internacionais em 1979, o modelo desenvolvimentista entrou em colapso, aprofundando o quadro de pobreza e desigualdade historicamente vivenciado no continente. Com a onda reformista dos *welfare states* europeus em consequência da crise, o ideário neoliberal emergiu como contraponto político, econômico e ideológico para superar a crise instalada e preparar as bases para o capitalismo liberal, de modo a legitimá-lo com uma nova estratégia de governabilidade (Ugá, 2004).

A partir dos anos 1980,²⁰ os países latino-americanos começaram a adotar o receituário neoliberal, que congregava (i) defesa do Estado mínimo a partir da

¹⁹ Para caracterizar o padrão de proteção social na América Latina, Draibe inaugura o conceito de “Estado Latino-americano Desenvolvimentista de Bem-Estar”, para distinguir os sistemas de proteção social dos países da região entre os anos 1930 a 1980 (Draibe, 2006).

²⁰ Em outra via, essa década também inaugurou um período de lutas pela abertura política e implantação de regimes democráticos nas Américas (Draibe, 2006) No Brasil, essa luta culminou com a instalação da Assembleia Nacional Constituinte e a promulgação da Constituição brasileira de 1988, que instituiu avanços significativos nos direitos civis, a universalidade de direitos sociais básicos constitucionais e na participação política. No entanto, a onda democratizante ocorreu concomitantemente à persistência de um

desvalorização de seu caráter interventor na economia; (ii) enfraquecimento dos movimentos associativos, como os sindicatos; e (iii) flexibilização do mercado de trabalho.

Nos anos 1990, um grupo de economistas do *International Institute for Economy* elaborou estratégias políticas visando atender à necessidade de superar a estagnação econômica, inflação e elevada dívida externa na América Latina. A estratégia foi adotada maciçamente no continente, com vistas a “salvar” as economias nacionais. Este conjunto de propostas políticas, denominado “Consenso de Washington”,²¹ foi composto por um receituário utilizado pelos organismos de empréstimo internacional (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional – FMI, entre outros) como condicionamento para renegociação da dívida e realização de empréstimos internacionais (Ugá, 2004). A partir da imposição desse receituário aos Estados nacionais, tais agências adquiriram expressivo poder de decisão junto aos governos latino-americanos, de modo a determinar os parâmetros de avaliação do desenvolvimento regional e local, os quais priorizavam indicadores econômicos, como o crescimento do PIB (Produto Interno Bruto) em detrimento de indicadores sociais.

Aliadas ao processo histórico de desigualdades, as intervenções baseadas nas diretrizes do chamado “Consenso de Washington” contribuíram para a piora do quadro econômico e social vigente. Além de o PIB médio *per capita* dos países latino-americanos não variar significativamente, o número de pobres absolutos cresceu substancialmente, os níveis de pobreza tiveram redução mínima em termos relativos, a desigualdade na região aumentou, bem como a insegurança no trabalho, o desemprego, a informalidade e, conseqüentemente, a desproteção social (Fleury, 2009).

Uma análise do *Panorama Social da América Latina*, conjunto de relatórios temáticos sobre a década de 1990 elaborado pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL) no transcorrer dos anos 2000, destaca que na maioria dos países sul-americanos o PIB não se alterou ou até mesmo reduziu-se, bem como

modelo econômico excludente, o que limitou a potencialidade da ação pública no combate à pobreza, desigualdade e exclusão (Fleury, 2009).

²¹ Williamson destaca dez propostas do receituário do Consenso de Washington: (1) disciplina fiscal, ou seja, redução dos gastos públicos, na tentativa de manter um superávit orçamentário; (2) prioridades de gasto público – reduzir o papel do Estado na economia, redirecionando o gasto para as áreas desinteressantes para o investimento privado – geralmente, bens públicos; (3) reforma tributária, tornando a tributação menos progressiva; (4) liberalização financeira, cujo objetivo máximo é deixar que a taxa de juros seja determinada pelo mercado; (5) manutenção da estabilidade da taxa de câmbio; (6) liberalização comercial; (7) abolição das barreiras à entrada de investimentos externos diretos no país; (8) privatização das empresas estatais; (9) abolição das regras que impedem a entrada de novas firmas do setor; e (10) o sistema legal deve assegurar direitos de propriedade (Ugá, 2004: 56).

aumentaram as taxas de desemprego e diminuíram as remunerações reais (Soares, 2008). O relatório *Panorama Social da América Latina 1999-2000*, de novembro de 2000, indicava que para reduzir à metade a indigência e o percentual de pessoas pobres, seria necessário um crescimento do PIB *per capita* anual superior a 2,3% até o ano de 2015 – a média anual de variação deste indicador na América Latina²² foi de 1,1 de 1990-1999, e 1,8 de 2000 a 2006, segundo dados da CEPAL (2007b, 2008). O relatório editado em setembro de 2001 apontou que 75% dos ocupados na América não possuíam renda média suficiente para retirar suas famílias da pobreza. Ainda segundo a CEPAL, em 2002, 220 milhões de pessoas estavam abaixo da linha da pobreza, o que representava 44% da população da região. Destas, 98 milhões (19,4%) encontravam-se em situação de indigência ou pobreza extrema. No período de 2006, o número de pobres na região alcançou 194 milhões (36,5%), dos quais 71 milhões (13,4%) eram indigentes (Soares, 2008; Fleury, 2009).

Como afirma Laura Tavares (Soares, 2001), o “ajuste neoliberal” ocorreu às custas de um profundo “desajuste social na América Latina”, com o aumento e periferização da pobreza – que cresce substancialmente nas periferias das metrópoles nos anos de 1990, coexistindo com condições precárias de acesso a serviços públicos.

2.1 Tendências das políticas sociais após a década de 1990 no Brasil e a centralidade dos programas de combate à pobreza nos anos 2000

A nova realidade não é saturada de possibilidades.
Ao contrário. É saturada de carências.
José de Souza Martins (2008: 26)

Em uma conjuntura de democracia, pobreza e desigualdade, a engenharia da seguridade social foi redesenhada na década de 1990 no Brasil a partir de distintos movimentos: um modelo universalista de proteção social, com destaque ao campo da saúde, e outro focalizado, especialmente com a expansão das políticas de transferência de renda. No bojo da produção de políticas públicas, observou-se também o deslocamento do termo “equidade”, de um enfoque de justiça social para um enfoque mais econômico.

O primeiro movimento, denominado “modelo universalista”, foi herdado do movimento de mobilização da sociedade civil da década de 1980, o qual culminou na

²² Para o Brasil este indicador variou de 0,2 entre 1990 e 1999, e 1,6 de 2000 a 2006.

criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Costa; Vita; Pralon, 1998).

A construção do SUS significou a transição de um modelo de seguro social seletivo, baseado no trabalho, para a seguridade social universal, a qual legitimou a saúde como direito dos cidadãos.²³ No transcorrer da década de 1990, em face das imensas desigualdades sociais existentes no país, além da universalidade, a equidade passou a figurar como um dos eixos determinantes da política nacional de saúde.

Apesar de o termo “equidade” não figurar nas bases constitucionais do SUS, é considerado um princípio-chave por incorporar as diferenças entre os sujeitos, as distintas condições de vida e, conseqüentemente, a diversidade de necessidades da população relacionadas à saúde. Ou seja, trata-se de alcançar o universal e o igualitário, como estabelecido na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), no que se refere a acesso e utilização de serviços de saúde a partir do princípio de justiça social e do combate às iniquidades. Tais elementos foram amplamente defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, um dos grandes responsáveis pela criação do SUS. A equidade é, portanto, uma regra de distribuição para se alcançar a igualdade (Escorel, 2011; Starfield, 2001; Campos, 2006). Esse importante princípio vincula o SUS às ideias de direitos humanos, cidadania e democratização da saúde (Paim, 2006).

Na mesma direção, a criação da LOAS no âmbito da assistência social marcou a transição do modelo assistencialista tradicional, cuja expressão máxima era a ação da Legião Brasileira da Assistência (LBA), de caráter clientelista e filantrópico, para a universalidade do atendimento.²⁴ Apesar de a LOAS inscrever a assistência social como direito social, edificando junto com a previdência social e a saúde o arcabouço da seguridade social brasileira, sua implementação revelou acentuada tendência a focalização, seletividade e fragmentação da assistência, comprometendo os princípios de universalidade e equidade (Mota, 2010).

Em grande medida, tal tendência resultou da ineficácia das políticas de ajuste para os países periféricos após o Consenso de Washington. Os dramáticos resultados sociais produzidos neste cenário inscreveram a equidade, até então defendida a partir da

²³ Por meio do artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), foi regulamentado que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”.

²⁴ “A LOAS prevê (Cap.II, Art. 4º) a universalidade do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências econômicas; o respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao direito a benefícios e serviços de qualidade [...] vedando qualquer comprovação vexatória da necessidade [...]; e a divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais” (Ivo, 2008: 168).

ótica da justiça social, no debate da política econômica. No Relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 2006 do Banco Mundial, o termo “equidade” é explicitado como diretriz para as políticas sociais com vistas à necessidade de uma distribuição de recursos estatais de forma mais eficiente na produção políticas públicas (Paim, 2006; Mota, 2010). Dessa forma, verificou-se uma tendência a se reduzir, genericamente, justiça social e equidade a parâmetros meramente quantitativos (custo/efetividade, cobertura, avaliação, perfil do gasto, entre outros) na formulação de políticas públicas (Cohn; Elias, 2002).

Neste caminho, ganham expressão os programas de combate à pobreza. O Programa Comunidade Solidária inaugurou esta tendência, visto que representava uma resposta emergencial no combate à pobreza, adquirindo posteriormente caráter de núcleo institucional central da ação dos programas sociais. O Comunidade Solidária se iniciou com base em duas importantes vertentes no combate à fome e à miséria: o Movimento da Ação da Cidadania Contra a Fome, liderado pelo sociólogo Herbert de Sousa (Betinho), e o Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida. O primeiro originou-se do Movimento pela Ética na Política, durante o *impeachment* do presidente Fernando Collor (1992). O segundo organizou-se no âmbito federal sob execução do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA)²⁵, criado em 1993, no governo do presidente Itamar Franco. A partir de então, não apenas a pobreza, mas também a fome, em especial a segurança alimentar e nutricional, tornaram-se eixos estratégicos prioritários da política social, de grande influência nesse governo e nos rumos dos governos sucessores.

A partir de 1995, já no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995 a 1998), o CONSEA foi dissolvido, sendo criado o Programa Comunidade Solidária²⁶ como parte das novas estratégias de combate à pobreza: a articulação de forma

²⁵ O CONSEA foi um órgão de caráter consultivo, vinculado à Presidência da República, composto por nove ministros (1/3) e 21 representantes da sociedade civil (2/3), sendo os últimos indicados pelo Movimento pela Ética na Política e pela Ação da Cidadania. (Vaitsman, 2009). O CONSEA e a Ação da Cidadania elaboraram o Plano de Combate à Fome e à Miséria pela Vida, cujos princípios eram a parceria entre Estado e Sociedade Civil, a descentralização das ações, a solidariedade, a coordenação de ações de diferentes setores governamentais e o melhor gerenciamento dos programas existentes. Este plano teve curta duração e resultados poucos significativos, esbarrando em obstáculos como restrição orçamentária, precariedade de funcionamento, clientelismo, entre outras. (Burlandy, 2003; Schottz, 2005).

²⁶ O Comunidade Solidária tinha como objetivo a convergência dos programas de combate à pobreza e à fome para os municípios mais necessitados, numa perspectiva de articulação, coordenação e potencialização de programas federais já existentes (Burlandy, 2003). Esta rede era composta por 16 programas federais setoriais considerados prioritários. Os programas eram desenvolvidos por seis Ministérios (Saúde, Educação, Agricultura e Abastecimento, Planejamento e Orçamento, Desporto e Trabalho) (Schottz, 2005).

descentralizada de parcerias do governo com a sociedade civil (Vaitsman et al., 2009). Diversas críticas foram endereçadas a este programa, destacando-se: o caráter limitado e localizado das iniciativas; falta de representatividade no Conselho, visto que diferentemente da participação de artistas e intelectuais que se dava por indicação – uma das marcas do programa –, a sociedade civil não tinha representação; o programa não fomentava uma política de direitos, além de seu caráter pró-filantropia (Ivo, 2008).

No final da década de 1990, não havia ocorrido alteração significativa nos elevados índices de pobreza, cujo enfrentamento estava mais associado aos efeitos da política de estabilização da moeda – Plano Real de 1995, do que aos resultados de políticas de redução de desigualdades ou estratégias focalizadas nos mais pobres. Neste cenário, ganharam força, especialmente a partir da década de 2000, os programas de transferência de renda federais, posteriormente unificados no Programa Bolsa Família. Ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi aprovada no Congresso Nacional a criação do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, a partir do qual foram lançados os primeiros programas federais de transferência de renda por três ministérios: Bolsa-Escola, do Ministério da Educação, Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde e Auxílio Gás, do Ministério de Minas e Energia (Vaitsman et al., 2009).

Segundo Silva e cols. (2004), a partir de 2001 o governo federal desenvolveu o que passou a denominar “Rede de Proteção Social”, com a criação de programas de natureza notadamente compensatória, caracterizados pela transferência de renda aos mais pobres com ações nos da educação, saúde e trabalho. Ao final do segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1999 a 2002), existiam seis programas de transferência de renda: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), Programa Agente Jovem (Ministério da Assistência Social), Programa Bolsa Escola (Ministério da Educação e Cultura), Programa Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde) e Programa Vale-Gás (Ministério de Minas e Energia) (Ibidem). Neste governo, o mais expressivo foi o Programa Bolsa Escola, cuja cobertura alcançou cinco milhões de famílias em 2002 (ibidem).

No primeiro mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2006), o combate à fome e à pobreza foram elencadas como principais objetivos de governo. Em 2003, foi lançado o Programa Fome Zero,²⁷ sob a responsabilidade do Ministério

²⁷ O Programa Fome Zero foi caracterizado como um conjunto de ações estruturais e compensatórias a serem implementadas gradativamente ao longo dos quatro anos de governo. Estas ações incluíam: construção participativa de uma política de Segurança Alimentar e Nutricional; mutirão contra a fome; e implantação de políticas públicas (estruturais, específicas e locais) (MESA, 2003).

Extraordinário de Segurança Alimentar. O principal objetivo era garantir segurança alimentar e nutricional a todos os cidadãos brasileiros, por meio do rompimento do círculo vicioso da fome e da pobreza. O programa previa um novo benefício de transferência de renda – Cartão Alimentação –, a ser usado exclusivamente para a compra de alimentos, e a articulação de diversos programas e ações intersetoriais. Divergências políticas, principalmente, dificuldades gerenciais, marcaram as tentativas de implementação da política de combate à fome e pobreza no primeiro ano de governo. Entre os desafios, destacavam-se a pulverização de programas em diversos ministérios, o que comprometia, em última instância, a eficiência de gestão de programas sociais (Vaitsman et al., 2009).

Como resposta a tais desafios, foi realizada a unificação de quatro programas federais: o Programa Nacional de Renda Mínima – “Bolsa Escola”, o Programa Nacional de Acesso à Alimentação – “Cartão Alimentação”, o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à Saúde – “Bolsa Alimentação” e o Programa Auxílio-Gás, por meio do Decreto nº. 5.209 da Presidência da República, de 17 de setembro de 2004. Desta unificação nasceu o Programa Bolsa Família (PBF). A partir de 2005, iniciou-se o processo de integração ao PBF do PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Com a criação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em janeiro de 2004, e a promulgação do Decreto nº 5.209 de setembro do mesmo ano, foi possível estabelecer a integração e a articulação entre os diferentes programas ministeriais. Neste movimento foram extintos o Ministério da Assistência Social e o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar, transferindo suas funções para o recém-criado Ministério de Desenvolvimento Social.

Entre as principais características da “Rede de Proteção Social” a partir da expansão dos programas de transferência de renda, estavam a exigência de condicionalidades e a concessão do benefício independentemente de contribuição (Ivo, 2008). As condicionalidades referem-se ao cumprimento de determinadas contrapartidas a serem executadas pelos assistidos (condições para o recebimento do benefício) nos campos da saúde e educação, envolvendo especialmente grupos mais vulneráveis como crianças, gestantes e jovens.

É importante assinalar que, na contramão de todas estas propostas governamentais, em 8 de janeiro de 2004, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 10.835, instituindo a Renda Básica de Cidadania, proposta pelo senador Eduardo Suplicy. A partir desta lei, todos os brasileiros residentes no país e

estrangeiros vivendo há pelo menos cinco anos no Brasil receberiam anualmente um benefício monetário sem condicionalidades, cujo valor e seu recebimento, determinados pelo poder Executivo, seriam graduais para toda a população, priorizando os mais necessitados até que todos viessem a recebê-lo (Suplicy, 2006). Segundo Suplicy, a renda básica de cidadania é o direito de qualquer pessoa – não importando a origem, raça, sexo, idade, estado civil, ou mesmo condição socioeconômica – de participar da riqueza da nação através de uma renda suficiente para atender às necessidades vitais de cada um. Para o senador, o PBF seria o primeiro passo na direção da adoção da renda básica de cidadania para toda a população brasileira (ibidem).

No entanto, os programas de transferência de renda condicionada constituíram na última década o cerne da política social brasileira, sendo também objetos de crítica por diferentes autores (Silva; Yasbek; Giovanni, 2004; Soares, 2008; Ivo, 2008; Mota, 2010). Estes destacam que tais programas significam a consolidação do projeto neoliberal no âmbito da política nacional de proteção social, coadunada a uma política de ajuste macroeconômico excessivamente limitante do gasto na área social, que acarreta o desmonte do sistema de seguridade social, ao passo que a política social caminha em direção à seletividade e à focalização (Soares, 2008; Ivo, 2008). Ou seja, as políticas sociais direcionadas ao combate da pobreza evidenciam, em grande medida, uma tentativa do Estado de equilibrar a manutenção da ordem liberal contemporânea com as demandas societárias por justiça social, liberdade e autonomia, elementos trazidos à tona de forma mais expressiva pelo processo de redemocratização.

Em toda a América Latina, verifica-se uma conformação muito similar ao caso brasileiro no que se refere à luta contra a pobreza operada por meio de programas de transferência de renda condicionada.²⁸ O PBF, o mais abrangente e expressivo dos programas desenvolvidos em todo continente, pode ser considerado um dos maiores exemplares dessa nova engenharia da seguridade social latino-americana (Mota, 2010).

O PBF adquiriu notoriedade em função da magnitude de sua cobertura, da emergência de uma nova institucionalidade para programas de combate à pobreza, bem como dos efeitos do programa – aspectos analisados com mais detalhes no capítulo III.

²⁸ Como exemplos: “Oportunidades” mexicano; “Chile Solidario”; “Famílias en Acción” na Colômbia; “Bono Solidario”, no Equador; “Jefes de Hogar” e “Ciudadanía Porteña”, na Argentina; “Juntos”, peruano; “Red Solidaria” em El Salvador; “Ingreso Ciudadano”, no Uruguai; “Solidaridad”, na República Dominicana; “Target Conditional Cash Transfer Programme”, em Trinidad e Tobago; “Avancemos”, na Costa Rica; “Red de Protección Social”, na Nicarágua, entre outros.

Além dos aspectos supracitados, vale ressaltar a importância do programa e sua crescente participação nos recursos destinados ao seu financiamento no orçamento da Seguridade Social. De 2004 para 2007, esses recursos avançaram de 1,3% para 2,7% do orçamento desta pasta. O valor é bastante expressivo quando se verifica que o Orçamento Geral da União de 2011 destinou 22,01% para a Previdência Social, 4,07% para a Saúde e 2,85% para a Assistência Social. Cabe informar, ainda, que de 2003 para 2011 o PBF teve seu orçamento ampliado de 3,2 para 14,7 bilhões de reais. Em 2010, o investimento público no PBF representou 0,4% do PIB (IBASE, 2013).

Têm sido muito comemorados no Brasil, ao longo da última década, os resultados em termos de recuperação no valor do salário mínimo; mobilidade social ascendente (das classes E e D para a classe C); redução da pobreza e queda da desigualdade de renda. Sobre os dois últimos aspectos, os economistas destacam o PBF como importante vetor das mudanças. Isto levou o período a ser denominado “Década Inclusiva”²⁹ (IPEA, 2012).

No entanto, ainda assim, um número significativo de pessoas permaneceu na condição de extrema pobreza, sugerindo insuficiências das políticas e fragilidades no seu acesso para as camadas mais pobres da população. Em março de 2011, a presidente Dilma Rousseff apresentou o “Plano Brasil sem Miséria”.³⁰

A elaboração deste plano vem ao encontro dos bons resultados alcançados pelo PBF na redução da pobreza no país e das demandas pela ampliação de estratégias para seu combate. Assim, partiu-se dos dados do Censo Demográfico do IBGE (2010) para mapear a condição de vida da população-alvo do plano: os extremamente pobres. A partir do censo, foi possível estimar que 8,5% dos domicílios brasileiros encontravam-se em condição de extrema pobreza, o que correspondia a 16,2 milhões de pessoas. Destes, 4,8 milhões viviam em domicílios sem qualquer rendimento e 11,4 milhões com rendimento médio *per capita* de 1,00 a 70,00 reais (IBASE, 2013).

²⁹ Tal denominação se apoia nas taxas crescentes do PIB *per capita*, aliadas à diminuição da desigualdade de renda. A taxa de crescimento do PIB *per capita* acumulada é de 27,7%, sendo superada em 13 pontos percentuais pela renda da PNAD. Vale ressaltar que na maioria dos países desenvolvidos e emergentes, ocorreu o oposto. De acordo com a PNAD, a desigualdade de renda no Brasil vem caindo continuamente desde 2001. Entre 2001 e 2011, a renda *per capita* dos 10% mais ricos aumentou 16,6% em termos acumulados, enquanto a renda dos mais pobres cresceu notáveis 91,2% no período. Ou seja, a do décimo mais pobre cresceu 550% mais rápido que a dos 10% mais ricos. Os ganhos de renda obtidos aumentam paulatinamente, na medida em que caminhamos do topo para a base da distribuição de renda (IPEA, 2012).

³⁰ Instituído pelo Decreto Ministerial nº 7.492, de 2011.

Partindo da multidimensionalidade da pobreza, que considerava além da renda *per capita* outras condições ligadas ao acesso a serviços públicos,³¹ o MDS lançou o “Plano Brasil sem Miséria”, tendo por intuito de erradicar a extrema pobreza por meio de ações articuladas intersetorialmente. Neste sentido, o principal objetivo era: “promover a inclusão social e produtiva da população extremamente pobre, tornando residual o percentual dos que vivem abaixo da linha da pobreza” (Brasil, 2013: 6). Assim, eram previstas três frentes de ação integradas a partir da ação conjunta de diferentes ministérios, secretarias e órgãos de governo:

- elevar a renda *per capita* das famílias que se encontram na extrema pobreza, o que inclui realizar busca ativa para inclusão de famílias no CadÚnico; ampliar a cobertura do PBF; estimular os governos federais e municipais a completar a renda transferida pelo programa para possibilitar a superação da condição de pobreza extrema das famílias; utilizar o cartão do PBF para o pagamento de novos programas como o Fomento para o Meio Rural e o Bolsa Verde;
- ampliar o acesso dos mais pobres aos serviços públicos, às ações de cidadania e de bem-estar social;
- ampliar o acesso às oportunidades de ocupação e renda por meio de ações de inclusão produtiva nos meios rurais e urbanos.

Entre os incentivos do governo incluídos no plano referentes às ações elencadas, destacam-se o estímulo ao fortalecimento de diferentes programas de saúde e educação, além de outras estratégias como ampliação do “Programa Água para Todos”, “Programa Luz para Todos”, entre outros; formação e divulgação de redes de economia solidária; inclusão dos extremamente pobres como trabalhadores das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) relacionadas com a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016; ampliação da política e microcrédito etc.

Estima-se a execução do Plano até 2014, a um custo de 80 bilhões de reais (IBASE, 2013). Ainda não foram realizadas análises sobre seu processo de implementação, nem obtidos resultados em virtude de sua recente operacionalização.

³¹ O IBGE (2010) considera, além do critério de renda *per capita* (de até 70,00 reais) para traçar o perfil da extrema pobreza, outras condições, como: domicílios sem banheiro de uso exclusivo; ou sem ligação com rede de esgoto ou pluvial e que não tenha fossa séptica; ou ainda em área urbana sem ligação à rede geral de distribuição de água; ou em área rural sem ligação à rede geral de distribuição de água e sem poço ou nascente na propriedade; ou sem energia elétrica; ou com pelo menos um morador de 15 anos ou mais de idade analfabeto; ou com pelo menos três moradores de até 14 anos de idade analfabetos; ou com pelo menos um morador de 65 anos ou mais de idade, analfabeto.

Nota-se que a intersetorialidade figura como palavra de ordem na elaboração de políticas de enfrentamento da pobreza em anos recentes. Nesse contexto o setor saúde, em especial os serviços de atenção primária em saúde (APS), tem sido convocado a compor tais políticas. Dessa forma, a APS passou a desempenhar atribuições específicas no desenho institucional de uma intervenção voltada ao combate da pobreza – como as condicionalidades da saúde no PBF, ou ainda reivindicada como condição *sine qua non* para o enfrentamento da pobreza geracional, em especial nas áreas em que sua elevada concentração coexiste com a falta de equipamentos públicos.

A Saúde da Família é destaca no Plano Brasil Sem Miséria como determinante para assegurar o acesso dos mais pobres aos serviços de saúde, às ações de cidadania e de bem-estar social (Brasil, 2013). Assim, torna-se importante refletir sobre a constituição dos serviços de APS no Brasil, corporificados na Estratégia de Saúde da Família, como determinantes para o enfrentamento das desigualdades sociais e pobreza em consonância com outras frentes de atuação do governo para os problemas em tela. Sobre este aspecto, nota-se que a inovação institucional em termos de intersetorialidade não se encerra nos debates sobre condicionalidades, mas sobretudo coloca em evidência os alcances e limites de uma política de direitos de acesso universal integrada com ações e programas seletivos de combate à pobreza e vice versa.

2.2 A importância da Estratégia de Saúde da Família para a proteção social

APS refere-se a um conjunto de práticas individuais e coletivas que no Brasil é denominada Atenção Básica à Saúde (ABS).³² No período de implementação do SUS ao longo da década de 1990, esta terminologia teve origem como referência a uma tentativa de afastamento de uma APS seletiva³³ que designava um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres, estratégia apoiada por agências internacionais de cunho neoliberal (Giovannella; Mendonça; 2012). A defesa de um projeto de “APS ampla e renovada” como diretriz para a construção de política de saúde (WHO, 2008; OPAS, 2009) era um movimento de crescente alcance internacional, como também estava no bojo da implementação do SUS. Desta forma, tal projeto fazia frente ao insulamento das práticas do setor a um conjunto de ações direcionadas aos menos favorecidos, orientada para áreas remotas, ou ainda, não respaldada pelos direitos de cidadania plasmados na Constituição de 1988.

Contudo, durante a primeira década de implementação do SUS, a ABS conservou ainda características de uma APS seletiva.

Além de referir apenas o primeiro nível sem apontar para a integração do sistema de saúde, não implicava em um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção calcada, muitas vezes, apenas na resposta ao pronto-atendimento da demanda espontânea ou baseada nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde (Giovannella; Escorel; Mendonça, 2009: 11).

A aposta na reversão do modelo de atenção à saúde por meio da ampliação das ações de ABS, em consonância ao projeto de APS ampla, ganhou fôlego em meados da década de 1990, com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF). Apesar de algumas conquistas e avanços obtidos a partir do PSF, este programa ainda evidenciava as contradições de uma atenção básica orientada aos grupos mais vulneráveis, o que também o colocava na contramão das demandas universalistas do SUS.

³² A atenção básica foi definida pelo Ministério da Saúde (1999) como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

³³ Na APS seletiva, as ações de saúde se limitam a uma cesta básica de serviços selecionados e de baixo custo, direcionadas para determinados agravos e grupos de indivíduos. Assim, trata-se de um conjunto de intervenções centradas no binômio materno-infantil, em doenças agudas e transmissíveis, na simplificação de práticas direcionadas a grupos vulnerabilizados por sua condição de pobreza, desenvolvimento de ações programáticas e fortemente centralizadas, etc. (Cueto, 2004).

Em meados de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAS) reavivou o ideal de uma APS abrangente e reiterou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a consolidação da ABS no Brasil e reorientação do SUS, sendo reforçada e atualizada em anos recentes (Brasil, 2006; 2012).

Apesar de não haver consenso interpretativo sobre APS, sua origem remete ao *slogan* “Saúde para Todos no Ano 2000”, enunciado na Conferência de Alma-Ata em 1978. Os princípios enunciados em Alma-Ata orientaram a elaboração da definição de APS firmada na Assembleia Mundial de Saúde em 1978, empregada atualmente:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada (Starfield, 2004: 30-31).

Esta conferência foi, portanto, um marco histórico mundial sobre a necessidade de uma nova abordagem aos problemas de saúde que integre saúde e desenvolvimento, lançando as bases para a APS como um novo modelo assistencial. Estas se fundam em três elementos-chave para o desenvolvimento da APS: uso oportuno de tecnologias apropriadas, oposição a uma medicina elitista e a concepção de saúde como substrato para o desenvolvimento econômico (Cueto, 2004).

A construção das políticas de saúde por meio dessa abordagem de APS teve grande influência no Brasil, especialmente no final dos anos 1990, deflagrando diferentes iniciativas de reorientação do modelo assistencial e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).³⁴ Em 1991, experiências bem-sucedidas no norte e nordeste do país estimularam o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários da Saúde (PNACS), com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, sendo denominado PACS (Programa de Agentes Comunitários da Saúde) em 1992 (Escorel et al., 2005; Giovanella; Mendonça, 2008). Tais antecedentes estimularam a formulação do PSF (Programa Saúde da

³⁴ Em especial o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido desde 1987 no Estado do Ceará.

Família), materializado por meio da Portaria ministerial n° 692, de dezembro de 1993 (Giovanella; Mendonça, 2008).

Em setembro de 1994, o PSF foi divulgado pelo Ministério da Saúde como um programa a ser implantado através de convênios entre o governo federal por meio do Ministério da Saúde, estados e municípios. Concebido como instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, o programa exigia contrapartidas e critérios de seleção dos municípios para assinatura dos convênios, como o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde. Nesse momento, o PSF não representava uma proposta de substituição do PACS. Ao mesmo tempo, sua implantação deveria privilegiar áreas de risco social, definidas com base no Mapa da Fome do IPEA, o que tornava o PSF um importante mecanismo de extensão de cobertura assistencial, em especial para os municípios da regiões Nordeste e Norte do país. Em 1995, o PACS e o PSF foram transferidos da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e deste órgão para a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde em 1999 (Senna, 2004; Escorel et al., 2005).

Ao longo da segunda metade dos anos 1990, diversos incentivos financeiros,³⁵ assim como o aprimoramento dos mecanismos de gestão para acompanhar a implementação e monitorar os resultados do PSF a partir da estruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), constituíram algumas das estratégias indutoras da implantação e operacionalização do programa em escala nacional. No entanto, somente no final desse período o PSF foi apresentado como proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em saúde. Dessa forma, se instalava como modelo substitutivo da rede básica tradicional, em resposta às críticas de focalização e utilização de baixa tecnologia, voltado à população pobre para operacionalização da ABS e reafirmava os princípios organizativos do SUS: integralidade, universalidade, equidade e participação social (Escorel et al., 2005).

Com a emergência da ESF como eixo condutor das políticas de saúde no Brasil, essa orientação se tornou mais evidente (Brasil, 2006; 2012). Na medida em que a Saúde da Família buscou romper com a noção de uma atenção simplificada de baixo custo, seu desenho institucional passava a incorporar os atributos de uma APS propostos por Starfield (2004), segundo Giovanella e Mendonça (2008):

³⁵ Entre tais incentivos, destacam-se a criação da NOB 96, remuneração pela consulta do PSF equivalente ao dobro da consulta do SUS, seguindo a tabela de procedimentos do SIA/SUS.

- Constituir como serviço de primeiro contato, porta de entrada para o sistema de saúde.
- Realização de encaminhamentos por profissionais de atenção básica para acesso à atenção especializada, ou seja, o clínico geral ou o especialista em saúde da família atuam como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*).
- Longitudinalidade: responsabilização das equipes de APS pelo fluxo longitudinal do usuário.
- Adscrição territorial de clientela, por meio da identificação de uma população eletiva ou inscrição voluntária dos pacientes a uma determinada unidade de saúde.
- Abrangência (*comprehensiveness*) ou integralidade, que implica o reconhecimento de um amplo espectro de necessidades de saúde da população cujo atendimento deve ser assegurado pelos serviços de saúde.
- Coordenação de cuidados, que implica garantia de uma atenção à saúde ininterrupta nos e entre os diferentes níveis de complexidade dos sistemas.
- Orientação para a comunidade, conhecimento profundo sobre as necessidades de saúde da população em determinado território.
- Centralidade na família, o que implicar considerar o contexto e as dinâmicas familiares para avaliação das necessidades de saúde de cada membro da família.
- Competência cultural, que trata de reconhecer as diferentes necessidades dos grupos populacionais a partir da influência de características étnicas e culturais entre outras, para a produção social da saúde e da doença.

Esses elementos devem orientar a organização e racionalização do uso de recursos do sistema de saúde, com vistas a promoção, manutenção e melhoria da saúde (Starfield, 2004).

Em trabalho recente, Giovanella e Mendonça (2012: 38) afirmam que, além dos elementos supracitados, uma concepção mais abrangente de APS no contexto do SUS implica ainda o necessário desenvolvimento de ações “mais voltadas aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação nos serviços de saúde”.

A Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2012), que atualizou a PNAB, reforçando a importância da ESF como princípio organizativo do SUS, incorporou na própria definição da ABS as inovações institucionais vislumbradas para o cuidado à saúde da população. Neste sentido, definia a ABS como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2012: 19).

Neste caminho, enumera fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Saúde a partir de elementos muito caros à APS (Brasil, 2012):

- I. adscrição territorial como subsídio para o planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades com vista à produção de equidade;
- II. acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção;
- III. vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV. coordenação e integralidade como elementos-chave para o funcionamento conjunto da rede de atenção;
- V. estímulo à participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Além desses aspectos mais gerais, essa portaria determinava algumas especificidades sobre a constituição e o funcionamento das equipes de saúde da família

e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que atuam diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes (Brasil, 2012).

A partir deste aparato institucional, vale ressaltar que a PNAB acolhe a vulnerabilidade e o risco de maneira privilegiada, como elementos importantes para a atenção à saúde, em virtude das necessidades de saúde que geram. A inclusão desses elementos na agenda de trabalho não converte a ESF a uma política focalizada para os grupos vulneráveis, mas ilumina um caminho promissor à produção equidade a partir do enfrentamento de iniquidades de saúde.

Neste caminho, Viana e Dal Poz (1998) argumentam que o desenvolvimento de práticas focalizadas dentro de uma política universal não significa necessariamente substituição ou conflito de princípios. A coexistência de tais práticas significa privilegiar as diferentes situações de privação vivenciadas nas realidades concretas da população e encaminhar soluções “personalizadas” e “territorializadas”, mais do que regras gerais de intervenção governamental (Tavares, 2010; Kerstenetzky, 2012). *Pari passu*, torna-se necessário retomar e fortalecer o debate sobre o sistema de proteção social a partir de caminhos marcados pelo esclarecimento e enriquecimento da noção de direito social; identificação de meios mais adequados para uma ação mais justa do Estado, compatível com a diferenciação das necessidades sociais; e por fim, análise de medidas relacionadas ao núcleo dos processos de produção e distribuição de riquezas, capazes de gerar inclusão social (Tavares, 2010).

CAPÍTULO III - PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

3.1 Desenho Institucional

O PBF foi criado pelo governo federal com a finalidade de combater a pobreza, a fome e a miséria, por meio da Medida Provisória nº 132, em outubro de 2003, convertida na Lei nº 10.386, de 9 de janeiro de 2004.³⁶ O PBF reuniu quatro programas de complementação de renda (Bolsa Escola³⁷, Auxílio-Gás³⁸, Bolsa Alimentação³⁹ e Cartão Alimentação) sob uma gestão unificada, de modo a uniformizar os critérios de elegibilidade, os valores dos benefícios, a agência executora e o sistema de informação.

O programa é destinado a unidades familiares pobres e extremamente pobres com rendimento mensal *per capita* de até R\$140,⁴⁰ último valor reajustado por meio do Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009 (Brasil 2009a). É executado pela Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O conceito de família ao qual o programa se refere é: “unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros” (Brasil, 2004a).

Os principais objetivos do programa são (Brasil, 2004b):

³⁶ Esta regulamentação posteriormente foi alterada pelos Decretos nº 5.209, de 17 de setembro de 2004 e nº 7.332, de 19 de outubro de 2010.

³⁷ O Programa Bolsa Escola (Lei 10219/2001), coordenado pelo Ministério da Educação e Cultura, transferia mensalmente 15,00 reais por filhos de até 15 anos na Escola, limitado ao máximo de três, às famílias com ganho mensal per capita inferior a meio salário mínimo. A condicionalidade era a frequência escolar mínima de 75%. O PBF incorporou 3,3 milhões de famílias remanescentes do programa (Schottz, 2005; Draibe, 2006).

³⁸ O Auxílio Gás foi um programa de distribuição de renda implementado pelo governo federal por meio da Lei 10.453/2002, administrado pelo Ministério de Minas e Energia, para atender as famílias com renda per capita inferior a meio salário mínimo, com o repasse bimestral de R\$14,00. Objetivava compensar os efeitos da liberação do comércio de derivados de petróleo e a retirada de subsídio ao gás de cozinha. Cerca de 5,9 milhões de famílias beneficiárias do programa foram incorporados ao PBF em 2003 (Schottz, 2005).

³⁹ O Programa Bolsa Alimentação (MP Nº 2.206/2001; Lei 10689/2003) foi criado em substituição ao ICCN (Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais), programa que distribuía leite e óleo de soja para as famílias com crianças em risco nutricional. O Bolsa Alimentação transferia renda, 15,00 reais por crianças de seis meses a menores de sete anos, gestantes e nutrizes com renda per capita inferior a meio salário mínimo, limitado ao máximo de três benefícios por família. As condicionalidades eram realização do pré-natal, vacinação e acompanhamento do estado nutricional. PBF incorporou 63 mil famílias remanescentes do programa (Schottz, 2005).

⁴⁰ Renda familiar mensal deve corresponder à soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda (§ 1º, Art. 2º, Lei nº 10.836/2004).

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

II – combater a fome e promover a segurança alimentar;

III – estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;

IV – combater a pobreza; e

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

A inscrição no programa ocorre mediante o registro das famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), instituído em 2001 (Brasil, 2001a) com o objetivo de mapear a situação econômica das famílias de todos os municípios brasileiros, a partir da aplicação de um instrumento comum de coleta de informações e de constituir a base de dados e o sistema eletrônico a ser utilizado para a concessão de programas focalizados do governo federal de caráter permanente. O sistema foi regulamentado pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007 (Brasil, 2007), que tornou obrigatória sua utilização para seleção de beneficiários e a integração de programas sociais do governo federal voltados ao atendimento desse público. O cadastramento é realizado pelos municípios e inclui as famílias com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo (Brasil, 2001a). Os cadastros são processados pelo Agente Operador do Cadastro Único (Caixa Econômica Federal - CEF), que é responsável por atribuir a cada pessoa da família cadastrada um Número de Identificação Social (NIS) de caráter único, pessoal e intransferível. Por meio do NIS, os operadores do Cadastro Único poderão localizar as pessoas cadastradas, atualizar seus dados, verificar a situação do benefício e realizar as ações de gestão.

A CEF é o órgão operador e pagador. Cabe à Caixa receber as informações que compõem o CadÚnico levantadas pelos municípios, processar essas informações, calcular a renda familiar *per capita* de acordo com os critérios estabelecidos pela SENARC, calcular quanto deve receber cada família, emitir os cartões magnéticos para pagamento e, por fim, pagar o benefício mensalmente. O recebimento do benefício pode ser realizado em agências e postos de atendimento bancários, ou postos avançados de atendimento, casas lotéricas e terminais de autoatendimento (MDS, 2013).

Os valores pagos pelo programa variam de R\$ 32,00 a R\$ 306,00 por família, conforme o grau de pobreza (renda mensal *per capita* da família) e o número de crianças e adolescentes até 17 anos (quadro 2).

Quadro 2. Benefícios do Programa Bolsa Família

Linhas de pobreza	Renda familiar <i>per capita</i>	Benefício básico	Benefício variável	Benefício variável vinculado ao adolescente	Valor mínimo do benefício por família	Valor máximo do benefício por família
Pobreza extrema	Até R\$ 70,00	R\$ 70,00	R\$ 32,00 por criança de até 15 anos ou nutriz (até o limite de 5 benefícios: R\$ 160,00)	R\$ 38,00 por adolescente de 16 e 17 anos (até o limite de dois: R\$ 76,00)	R\$ 70,00	R\$ 306,00
Pobreza	De R\$ 70,01 a R\$ 140,00	Não recebem	R\$ 32,00 por criança de até 15 anos, adolescente ou nutriz (até o limite de 5 benefícios: R\$ 160,00)	R\$ 33,00 por adolescente de 16 e 17 anos (até o limite de dois: R\$ 76,00)	R\$ 32,00	R\$ 232,00

Fonte: SENARC/MDS (2013).

Além dos benefícios acima citados no quadro I, o MDS prevê o Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE), que deve ser pago às famílias que integravam os programas Auxílio-Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação, cuja migração para o programa Bolsa Família tenha causado perdas financeiras. Além deste, existe ainda o Benefício para Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP), com valor correspondente ao necessário para que a todas as famílias beneficiárias do PBF (com crianças entre zero e seis anos) superem os R\$ 70,00 de renda mensal *per capita*.⁴¹

Segundo a regulamentação do programa, a concessão dos benefícios tem caráter temporário e não gera direito adquirido, sendo que a elegibilidade das famílias para seu recebimento deve ser obrigatoriamente revista a cada dois anos (Brasil, 2004b, 2004c).

A definição das linhas de pobreza do PBF evidencia intensa atividade do legislativo com a finalidade de regulamentar as novas linhas de elegibilidade e os benefícios pagos (quadro 3).

⁴¹ Este benefício integra o Programa Brasil Carinhoso, que junto com o PBF integra o Plano Brasil sem Miséria.

Quadro 3. Linhas de elegibilidade e benefícios do Programa Bolsa Família

Variáveis	Janeiro de 2004	Julho de 2007	Junho de 2008	Julho de 2009	Março de 2011
Legislação	Lei nº 10.836	Decreto nº 6.175	Lei nº 11.692	Decreto nº 6.917	Decreto nº 7.447
Linha de pobreza extrema (<i>per capita</i>)	R\$ 50	R\$ 60	R\$ 60	R\$ 70	R\$ 70
Linha de pobreza (<i>per capita</i>)	R\$ 100	R\$ 120	R\$ 120	R\$ 140	R\$ 140
Benefício variável	R\$15 (0 a 14 anos)	R\$18 (0 a 14 anos)	R\$ 20 (0 a 15 anos) e R\$ 30 (16 a 17 anos)	R\$ 22 (0 a 15 anos) e R\$ 33 (16 a 17 anos)	R\$ 32 (0 a 15 anos) e R\$ 38 (16 a 17 anos)
Benefício fixo	R\$ 50	R\$ 58	R\$ 62	R\$ 68	R\$ 70

Fonte: Baseado em Soares e Sátyro (2009: 13).

A manutenção do benefício está condicionada ao cumprimento de determinadas contrapartidas (quadro 4) por parte das famílias beneficiárias (Brasil, 2004a; 2004b). Os formuladores do programa afirmam que essas condicionalidades têm como objetivos assegurar o acesso dos beneficiários às políticas sociais básicas de educação, saúde e assistência social, com vistas a proporcionar melhoria das condições de vida das famílias beneficiadas, promoverem a inclusão social sustentável e fomentar a intersetorialidade de ações (Brasil, 2005).

Quadro 4. Condicionalidades do Programa Bolsa Família

Grupo social	Idade	Condicionalidades		
		Saúde	Educação	Assistência Social
Crianças e Adolescentes	0 a 7	Cumprimento adequado do calendário vacinal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	Nd*	Em risco ou retiradas do trabalho infantil: frequência mínima de 85% da carga horária de atividades em serviços sócio-educativos destinados a este grupo
	6 a 15	Nd*	Frequência escolar mínima de 85%	
	16 a 17	Nd*	Frequência escolar mínima de 85%	Nd*
Mulheres	14 a 44	Pré-natal de gestantes e acompanhamento de nutrizes	Nd*	Nd*

Fonte: Portarias Interministeriais nº 3.789, de 17 de novembro de 2004, nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, nº. 321, de 29 de setembro de 2008.

Nd*= Nenhuma condicionalidade relacionada.

As condicionalidades na área de assistência social ainda estão em fase de implantação, e seu acompanhamento deve ser realizado bimestralmente, assim como o do setor educação; na área da saúde, o acompanhamento deve ser realizado trimestralmente. As famílias estão sujeitas a sanções gradativas que vão desde uma advertência, passando pela suspensão do benefício, podendo chegar ao cancelamento, como pode ser visto no quadro 5.

Quadro 5. Sanções gradativas para as famílias beneficiárias do PBF que não cumprem as contrapartidas

Famílias beneficiárias	Descumprimento	Sanção	Alteração no Benefício
Com crianças e adolescentes de até 15 anos	1º Registro	Advertência	Não altera.
	2º Registro	Benefício bloqueado por 30 dias	Após 30 dias, recebe o benefício normal acumulado com o que foi bloqueado no mês passado, desde que a condicionalidade seja cumprida
	3º e 4º Registros	Benefício suspenso por 60 dias	Após esse período a família volta a receber o benefício, mas as parcelas anteriores não são pagas à família
	5º Registro	Desligamento da Família	Benefícios não sacados ou a receber são cancelados
Com Jovens de 16 ou 17 anos (benefício jovem variável)	1º Registro	Advertência	Não altera
	2º Registro	Benefício bloqueado por 30 dias	Após 30 dias, recebe o benefício normal acumulado com o que foi bloqueado no mês passado, desde que a condicionalidade seja cumprida
	3º Registro	Adolescente desligado	Benefício é cancelado

Fonte: Brasil (2008a,b).

A cobrança sistemática em relação às contrapartidas foi impulsionada a partir de outubro de 2006, quando o governo federal iniciou a implementação de um complexo sistema de acompanhamento de condicionalidades. O sistema envolve os três níveis federativos do Brasil e os ministérios da Saúde, que consolida as condicionalidades do setor saúde,⁴² da Educação, que consolida as informações sobre frequência escolar de crianças e adolescentes e do Desenvolvimento Social, que por sua vez faz a cobrança aos beneficiários.

É importante destacar que em 2011 foi implantado o Retorno Garantido de famílias que tenham se desligado voluntariamente do PBF, bem como novas regras de reversão de cancelamento de benefícios.

O MDS conta com importantes sistemas, de acesso público ou restrito aos órgãos governamentais (Secretarias municipais, estaduais, etc.) de apoio à gestão do PBF: Sistema de Acompanhamento de Condicionalidades (SISCON); Sistema de Acompanhamento da Frequência Escolar; Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF); Relatório de Informações do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família, entre outros.

A regulamentação do PBF explicita que a execução e a gestão do programa devem ocorrer de forma descentralizada, considerando-se a intersetorialidade, a participação comunitária e o controle social. É previsto ainda o estabelecimento de Termos de Cooperação entre os entes federados e a atribuição de cada um deles (Brasil, 2004b; 2008b).

O controle e a participação social devem acontecer em âmbito local, respeitando a paridade dos integrantes entre governo e sociedade, com os objetivos de participar do planejamento, execução, acompanhamento e avaliação e fiscalização do programa.

A fim de apoiar os municípios no cumprimento de suas atribuições, o governo federal criou, em 2006, o Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M), por meio da Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006, posteriormente regulamentada pela Lei nº 12.058, de 13 de outubro de 2009. O IGD-M⁴³ é utilizado para avaliar a qualidade da

⁴² Através do Sistema de Informação em Saúde (DATASUS) é possível acompanhar detalhadamente o cumprimento de condicionalidades do setor nas três esferas de governo.

⁴³ Segundo a Portaria nº 754, de 20 de outubro de 2010 (Brasil, 2010b), o cálculo do IGD municipal é realizado com base em quatro indicadores: (a) Taxa de Cobertura Qualificada de Cadastros, calculada pela divisão do número de cadastros válidos de famílias com perfil CadÚnico, no município, pela somatória do número de famílias estimadas como público-alvo do CadÚnico no município; (b) Taxa de Atualização Cadastral, calculada pela divisão do número de cadastros válidos de famílias com perfil CadÚnico, no município, atualizados nos últimos dois anos, pelo número de cadastros válidos com perfil CadÚnico no município; (c) Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar, calculada pela divisão do

gestão municipal do PBF e serve de base para o repasse de recursos financeiros aos municípios. É composto por variáveis relativas às informações sobre frequência escolar, acompanhamento dos beneficiários nos postos de saúde, cadastramento e atualização cadastral. Cada variável contribui com 25% do IGD, que varia de 0 a 1. A análise do índice é realizada mensalmente pela SENARC.

Os repasses para os municípios com base no IGD-M ocorrem quando o desempenho municipal alcança uma média de no mínimo 0,55 com um valor mínimo de 0,2 em cada um dos itens. A fórmula utilizada para o cálculo de recursos é: R\$ 2,50 por família multiplicado pelo valor do IGD atingido. Para apoiar os municípios de pequeno porte, que normalmente têm um número menor de famílias no programa, o MDS regulamentou que eles receberão recursos em dobro por até 200 famílias.⁴⁴

Conforme estabelece o art. 2º da Portaria n.º 148, de 27 de abril de 2006, os recursos do IGD-M podem ser destinados para a realização das seguintes atividades:

- i. Gestão de condicionalidades;
- ii. Gestão de benefícios;
- iii. Acompanhamento das famílias beneficiárias, em especial daquelas em situação de maior vulnerabilidade;
- iv. Cadastramento de novas famílias e atualização dos dados do CadÚnico;
- v. Implementação de programas complementares para famílias beneficiárias do PBF, nas áreas de alfabetização e educação de jovens e adultos, capacitação profissional, desenvolvimento territorial, entre outras;
- vi. Fiscalização do Bolsa Família e do CadÚnico;
- vii. Controle social do programa no município.

A Medida Provisória n.º 462, de 14 de maio de 2009 (Brasil, 2009b), transformou a norma da Portaria do MDS sobre IGD em Lei Federal. Os repasses dos recursos passaram a ser obrigatórios aos entes federados, desde que os indicadores mínimos sejam alcançados. O total de recursos a ser transferido não pode exceder 3% da previsão orçamentária total relativa ao pagamento de benefícios do Programa Bolsa Família, consignada no Orçamento Geral da União. Os recursos do IGD são repassados

número de crianças e adolescentes pertencentes às famílias beneficiárias do PBF, no município, com informações de frequência escolar, pelo número total de crianças e adolescentes pertencentes a famílias beneficiárias do PBF no município; e (d) Taxa de Acompanhamento da Agenda de Saúde, calculada pela divisão do número de famílias beneficiárias com perfil saúde, no município, com informações de acompanhamento de condicionalidades de saúde, pelo número total de famílias com perfil saúde no município.

⁴⁴ Valor mensal a ser transferido pelo MDS: $[\text{IGD} \times \text{R\$ } 2,50 \times (\text{n}^\circ \text{ de famílias} + 200)]$.

mensalmente pelo Fundo Nacional de Assistência Social ao Fundo Municipal de Assistência Social, na modalidade fundo a fundo.

Dois anos depois, em 12 de março de 2008, criou-se o Índice de Gestão Descentralizada para os Estados (IGD-E) por meio da Portaria nº 87, o qual possui também o objetivo de avaliar a gestão do PBF e do CadÚnico. A Portaria nº 256, de 23 de março de 2010 (Brasil, 2010a), que estabelece normas, procedimentos e critérios para apoio ao IGD-E e determina que para o recebimento do repasse os Estados devem :

- i. aderir, formalmente, ao Bolsa Família;
- ii. designar, formalmente, coordenador estadual responsável;
- iii. constituir, formalmente, Coordenação Intersetorial do Programa Bolsa Família (CIPBF), na qual deverão estar representadas, pelo menos, as seguintes áreas do governo estadual: Assistência Social, Educação, Saúde, Planejamento e Trabalho;
- iv. aderir, formalmente, ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A transferência de recursos também é mensal e cada estado deverá alcançar um IGD-E superior a 0,6. Os valores repassados resultam de uma série de cálculos estabelecidos pela portaria supracitada, considerando Taxa de Cobertura Qualificada por Cadastros; Taxa de Atualização Cadastral; Taxa de Acompanhamento da Frequência Escolar e Taxa de Acompanhamento da Agenda Saúde.

O PBF conta também com um conjunto de programas complementares, os quais têm o objetivo de potencializar os efeitos proporcionados pelas transferências de renda na redução das desigualdades, contribuindo para a superação da situação de pobreza e de vulnerabilidade social em que se encontram as famílias cadastradas. Eles podem ser ofertados pelas três esferas de governo e pela sociedade civil. Tais programas podem ser de dois tipos: (a) específicos: formulados exclusivamente para atender às famílias inscritas no CadÚnico, em especial as beneficiárias do PBF; (b) já existentes: formulados para atender demandas gerais da sociedade, mas que possam ser direcionados e priorizados para beneficiários do PBF. Esses programas são divididos em três eixos de atuação: (i) Educação e Cultura: Programa Brasil Alfabetizado, Agenda Territorial de Alfabetização e Educação de Jovens e Adultos e o Programa Agentes da Leitura; (ii) Desenvolvimento Regional: Programa Territórios de Cidadania; (iii) Trabalho, Emprego e Renda (MDS, 2013).

3.2 Avanços e desafios do Programa Bolsa Família

Conforme destacado anteriormente, o PBF visa intervir em dimensões que vão além do alívio imediato da pobreza. A regulamentação do programa evidencia a articulação da transferência de renda à família com outras dimensões, como: promoção do reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação visando, através do cumprimento de condicionalidades, fomentar o rompimento da pobreza intergeracional e a coordenação de programas complementares a fim de desenvolver a autonomização das famílias.

Dada a abrangência do PBF, que em maio 2013 beneficiava 13,7 milhões de famílias (SENARC, 2013) e a importância da articulação das dimensões supracitadas no que se refere à coesão social, torna-se importante analisar os avanços alcançados e desafios enfrentados pelo programa.

Abrangência, elegibilidade e focalização

Diversos autores consideram que a abrangência, os critérios de focalização e a elegibilidade do PBF representam um avanço singular da política social brasileira (Costa, 2009; Vaitsman, 2009, Soares; Sátyro, 2009).

Os estudos divulgados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (Soares et al., 2006; 2007a; 2007b, 2009; Soares; Sátyro, 2009; Sátyro; Soares, 2009) analisando os dados sobre a renda das famílias levantados pelas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004 e 2006 e pelo CadÚnico de 2004 a 2008, quantificam a abrangência, focalização, gasto realizados e efeitos do PBF na redução da pobreza e desigualdade econômica (tabela 1).

Tabela 1. Abrangência, Gastos, Focalização do PBF, Brasil, 2004 a 2008

Item	Indicador	2004	2006	2008	Resultado
Abrangência	Número de famílias beneficiárias (milhões)	9	11,1	11,3	Ampliação
Gasto	Gasto com benefícios (R\$ bilhões)	3,79	7,53	10,6	Aumento
	Gasto (Percentual do PIB)	0,3	0,35	0,37	Aumento
Focalização	Erro de exclusão (percentual de pessoas que apesar de elegíveis estão fora do PBF)	12,0	8,0	Nd	Melhorou em função do aumento da incorporação de pessoas elegíveis
	Erro de inclusão (percentual de pessoas que apesar de inelegíveis são beneficiários do PBF)	7,0	10,5	Nd	Piorou visto a ampliação de cobertura do PBF e o aumento na distribuição de benefícios a pessoas inelegíveis

Fonte: Soares e Sátyro (2009); Sátyro e Soares (2009).

Segundo Soares et al. (2009), uma ferramenta-padrão para avaliar a focalização de uma transferência de renda está constituída pela curva de incidência e o coeficiente de incidência. Quanto menor o coeficiente, mais beneficiários se concentram entre os que possuem menores escores de renda líquida da população, ou seja, mais efetiva é a focalização do programa.

O Coeficiente de Incidência do PBF em 2006 (-0,568) evidencia que quase metade das famílias que recebia o benefício não atendia aos critérios de entrada no programa (linha de elegibilidade). Trata-se de um número bastante elevado,⁴⁵ que entra em aparente contradição com os bons resultados dos erros de inclusão e exclusão. Os autores apontam três possíveis explicações para o elevado erro de focalização: (i) fraudes; (ii) erros na medida da renda, os principais ocorrendo na captação da informação sobre renda pelos agentes municipais do PBF e na projeção populacional; e (iii) volatilidade de renda.

Segundo os autores, os casos de fraudes são insignificantes para impactar nos dados, considerando a cobertura do programa. Erros de renda e volatilidade da renda são hipóteses mais relevantes. A renda pode estar subdeclarada no CadÚnico, bem como as famílias pobres podem ter dificuldades em calcular e referir adequadamente sua renda mensal (ibidem).

⁴⁵ Segundo Soares et al. (2009), ao compararmos o Coeficiente de Incidência do PBF em 2006 (-0,568) com os coeficientes de incidência dos programas Oportunidades no México (-0,56) e Chile Solidário (-0,57), verificamos que os valores são elevados e se encontram muito próximos.

Outra forma de avaliar a focalização das transferências de renda é verificar a proporção de famílias ou de pessoas que atendem estritamente aos critérios de elegibilidade.

Apesar de a focalização do PBF ter piorado de 2004 a 2006, em virtude da ampliação do número de beneficiários, os indicadores referentes aos erros de inclusão e exclusão são semelhantes aos melhores padrões internacionais (Medeiros et al., 2007; Soares et al., 2007a; 2007b; Soares et al., 2009; Sátyro; Soares, 2009; Soares; Sátyro, 2009, Castiñeira et al., 2009).

Esse dado corrobora as análises que atestam que a focalização do programa pode ser considerada eficiente, visto que 80% das transferências de renda vão para os 23% mais pobres (Barros et al., 2007). Neste sentido, Fábio Soares e colaboradores (2007a) apontam que de 122 programas analisados, o PBF estaria entre os dez programas de melhor desempenho na seleção de beneficiários. Barros e cols. (2007) afirmam que o sucesso dessa *performance* de focalização se deve, em grande medida, ao processo de inscrição no CadÚnico.

Por outro lado, Sônia Rocha (2008) destaca consideráveis problemas de focalização no período de migração e unificação dos programas sociais no PBF. A partir de pesquisa realizada com dados sobre programas de transferência de renda disponíveis no Caderno Suplemento da PNAD (2004), a pesquisadora revelou que cinco milhões de domicílios seriam elegíveis para o PBF, mas não recebiam qualquer benefício em 2004. Destes, 1,8 milhões tinham renda inferior R\$ 50,00 *per capita*. Isso significa que, mantendo os domicílios já atendidos até aquele momento, seria necessário expandir a cobertura do PBF em pouco mais de 60% para garantir o atendimento a todos os elegíveis.

Com vistas a melhorar os dados de focalização, são apontadas algumas recomendações: melhorar o questionário de inscrição; expandir o controle cruzado de informações a fim de reduzir erros de registro, fortalecer a capacidade municipal para implementação do registro e validação das informações; atualizar mapas de pobreza que orientam a focalização e o monitoramento geográfico; e expandir o uso de indicadores multidimensionais para monitorar informações sobre rendimentos familiares e condições de vida (Lindert et al., 2007).

A ampliação da abrangência e escopo do PBF evidencia a importância adquirida por este programa no campo da proteção social. Entretanto, como analisa Mota (2010), a expansão de programas de transferência de renda condicionada, com a priorização do

cidadão-pobre como alvo da política social em uma sociedade de trabalho precário como o Brasil, deixa completamente a descoberto os pobres economicamente ativos. Ou seja, ficam vulneráveis os indivíduos que têm trabalho e cuja renda é insuficiente para garantir suas condições de vida, mas também é superior aos critérios de elegibilidade do programa.

Efeitos na redução da pobreza e desigualdade de renda

Diversos estudos demonstram que o PBF tem impacto relevante nos grupos sociais mais pobres, reduzindo a intensidade e a severidade da pobreza. Além disso, apresentam-se evidências de que o programa afeta a desigualdade social com redução do coeficiente de Gini, aumento na renda monetária das famílias mais pobres e superação da situação de indigência por parte das famílias assistidas (Soares et al, 2006; 2007a; FINEP, 2008; Pires, 2008; Castiñeira et al., 2009).

Ainda com base nos estudos do IPEA, é possível analisar os efeitos do PBF na redução da pobreza e desigualdade econômica (tabela 2).

Tabela 2. Efeitos do PBF na desigualdade econômica, renda média familiar e níveis de pobreza, Brasil, 2004 a 2006

Efeitos do PBF	Indicador	2004	2006	Resultado
Desigualdade econômica	Gini ⁴⁶ da renda domiciliar <i>per capita</i>	0,569	0,560	Diminuição da desigualdade de renda entre ricos e pobres
Renda média familiar	Peso do PBF na renda total das famílias (%)	0,5	0,7	Aumento da importância do programa na composição da renda familiar
Pobreza	Severidade da pobreza (%)	5,9	4,6	Diminuição
	Hiato de pobreza	9,4	7,8	Diminuição
	Pessoas pobres (%)	21,7	20,7	Diminuição, especialmente da pobreza extrema

Fonte: Soares et al. (2006); Soares e Sátyron (2009); Soares et al. (2009).

Segundo Soares e Sátyro (2009), o coeficiente de Gini caiu quase três pontos no Brasil entre 1995 e 2004. Essa queda ocorreu quase que inteiramente após 2001, sendo que a contribuição da renda do trabalho nesse declínio no período foi de 73% (Soares;

⁴⁶ O coeficiente de Gini é um dos instrumentos mais utilizados para medir a desigualdade social. Varia entre 0 e 1, em que 0 corresponde à completa igualdade de renda (todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (uma pessoa tem toda a renda, e as demais não têm nada).

Sátyro, 2009). De 2004 a 2006 o coeficiente de Gini caiu 1 ponto. Nesse período, apesar de o PBF ser responsável por apenas 0,5% da renda das famílias brasileiras, sua contribuição para a queda do Gini foi de 19% (ibidem).

Conforme afirma Lena Lavinás (2012), dados das pesquisas domiciliares, como a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), e o último Censo Demográfico (IBGE, 2012) evidenciam que o índice de Gini calculado com base na renda domiciliar *per capita* segue rota de queda, passando de 0,594, em 2001, para 0,529, em 2011.⁴⁷ De 2001 para 2008, autores estimam que a contribuição do PBF para queda do Gini foi de 15 a 17%. Concluem ainda que um pequeno aumento nos programas de transferência de renda governamentais focalizados produziu um impacto nas condições de vida dos pobres dez vezes maior que as mudanças nos gastos previdenciários (IPEA, 2012).

Outras análises revelam que este resultado é limitado, visto que o PBF apenas mantém estável o nível de pobreza da maior parte dos beneficiários, sem promover, de fato, a redistribuição de renda ou mudanças efetivas na desigualdade social, visto que incorpora somente os muito pobres e os benefícios distribuídos são muito baixos. Assim, para Célia Kerstenetzky (2009), o programa não tem possibilitado a equalização de oportunidades. Neste sentido, a autora sugere romper com a ideia de “bolsa” como significado de dinheiro fácil ou não controlado, e reorientar o componente de serviços do PBF na direção de uma política social híbrida – parcialmente focalizada, parcialmente universal –, a fim de ganhar a adesão da classe média, estimulando a solidariedade. Desta forma, seriam providos serviços universais de qualidade associados ao programa – de caráter focalizado. Os serviços universais atingiriam a todos, mas prioritariamente os mais pobres, como a provisão de creches e educação infantil e a extensão da jornada escolar (incluindo atividades extracurriculares e cursos preparatórios para o avanço no fluxo escolar), melhores serviços de saúde, etc. (Kerstenetzky, 2009).

Segundo Rego (2008), a ideia de que o PBF tem caráter redistributivo atendeu somente a fins eleitorais, visto que o programa não teve efeitos significativos na desigualdade econômica. Para o autor, trata-se de uma política compensatória e assistencialista.

⁴⁷ A autora atenta para o fato de que estamos ainda distantes de um valor razoável: Gini inferior a 0,400. Segundo dados da CEPAL em 2012, somente a Venezuela registra, em 2011, um coeficiente de Gini inferior a 0,400 em todo o continente latino-americano. O Gini calculado para os países da OCDE foi de 0,378 ao final da década de 2000.

Hall (2008) destaca que programas aparentemente eficazes para atacar a pobreza urbana são mais propensos a conseguirem aprovação dos cidadãos mais ricos preocupados com segurança pessoal e pública, na medida em que, teoricamente, a redução da pobreza impactaria na redução da criminalidade urbana. Segundo o autor, isto pode estimular problemas de focalização e eficácia na redução da pobreza, busca da vantagem política de curto prazo, falta de integração do programa com os mercados de trabalho e a conseqüente criação de uma cultura de dependência e subemprego.

Outros autores destacam que a aprovação pública do PBF teve efeito refletido nos votos em Lula nas eleições de 2006, especialmente nas áreas mais pobres e, por conseguinte, beneficiadas pelo programa (Mendes et al., 2009; Lício; Rennó, 2009, Hunter; Power, 2007, Zucco, 2008; Estrella; Ribeiro, 2008a). Por este motivo, alguns autores acreditam que o PBF funcionou mais como uma estratégia de *marketing* político do que como uma resposta governamental a uma demanda societária (Moura, 2007).

No entanto, é importante questionar se aprovação do PBF pelas classes menos favorecidas indica alguma forma de inclusão social promovida pelo programa. Este questão merece permanente investigação, seja com o apoio de números ou das “vozes” dos sujeitos que participam deste cenário.

Neste caminho, Amélia Cohn (2012) trouxe a público a voz das inúmeras pessoas que buscam espaço para que suas demandas sejam ouvidas. Em *Cartas ao Presente Lula*, a autora analisa as demandas, queixas e elogios contidos em 1.375 cartas, datadas de 2004 a 2006, endereçadas ao Presidente Lula, sem a mediação de qualquer instituição social ou política. Tratava-se principalmente da comunicação “direta e espontânea” de pessoas que buscavam a intervenção do presidente como último recurso para apresentar suas reivindicações e denúncias sobre distorções na implantação do PBF.

Vale ressaltar que um traço desses atores era o trajeto longo e sem sucesso por diferentes caminhos institucionais para obter seus direitos. Após ler e reler estas cartas, escritas de punho próprio pelos remetentes ao presidente, a autora procedeu a uma classificação por temas (saúde, trabalho, família e previdência) e buscou ilustrá-los a partir das cartas sem a utilização de procedimentos quantitativos para fins de representatividade. Ao longo do livro, a autora transcreve trechos das cartas, cheios de humanidade para falar sobre o que o PBF representa para essas famílias. Por outro lado, mostra também trechos de respostas padronizadas, com linguagem institucional técnica e rebuscada utilizada por órgãos presidenciais para responder aos destinatários. Na

avaliação da autora, os “interlocutores do presidente” negam ideias preconcebidas de que o PBF seja um programa eleitoreiro e meramente assistencialista. Entre as conclusões, Cohn destaca que o PBF é ao mesmo tempo uma medida de alívio rápido da pobreza, como também contribui para sua superação em função de impactos econômicos e sociais do programa sobre as famílias e regiões.

A despeito de não haver um consenso interpretativo entre os autores, nota-se que o desenho operacional do PBF, em especial no que se refere aos aspectos ligados a focalização e elegibilidade, assim como as transferências monetária, têm repercussões importantes na desigualdade de renda, efeitos que contribuem para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde relacionados à vulnerabilidade econômica dos indivíduos.

O debate sobre as condicionalidades e o enfrentamento de iniquidades

As condicionalidades e os efeitos do PBF na redução de iniquidades em saúde têm sido temas bastante polêmicos. O debate sobre as contrapartidas situa-se entre os que apoiam as condicionalidades, defendendo-as como condições voltadas ao desenvolvimento do capital humano⁴⁸ e, portanto, etapas a serem cumpridas pelas famílias para o rompimento da pobreza geracional (Lindert et al., 2007; Estrella; Ribeiro, 2008b; Haddad, 2008; Monteiro et al., 2009) e os que desaprovam, entendendo que o PBF é um programa essencialmente de proteção social, fundado na perspectiva do direito e, portanto, não deveria estabelecer obrigatoriedades como moeda de troca das famílias para com o Estado (Monnerat et al., 2007).

Outros ainda relativizam o debate afirmando que, de fato, as contrapartidas, além de promissoras ao rompimento da pobreza geracional, são deveres constitucionais a serem realizados pelas famílias (como a educação das crianças e adolescentes) ou ainda ações fortemente recomendadas por uma política nacional (como as ações de saúde) (Soares; Sátyro, 2009; Sátyro; Soares, 2009), mas que, para atingir tal objetivo, necessitam ser otimizadas de modo a garantir o acesso a serviços públicos de qualidade e promover a autonomização das famílias (Castiñeira et al., 2009).

⁴⁸ Autores apontam que as condicionalidades impulsionam o potencial produtivo do beneficiário, na medida em que estimula o acesso aos serviços públicos de educação. Da mesma forma, o acesso aos serviços de saúde visa garantir o bem-estar. Assim, as condicionalidades em ambos os setores constituem investimento em capital humano, contribuindo em longo prazo para a quebra do ciclo intergeracional da pobreza (Estrella; Ribeiro, 2008b).

Até 2008, apenas 4,5% das famílias beneficiárias não cumpriram em algum momento as contrapartidas e por isso foi desligada do programa do PBF (Soares; Sátyro, 2009). As condicionalidades de saúde têm evidenciado poucos resultados no sentido de contribuir para a melhoria das condições de saúde das famílias beneficiárias (Andrade et al., 2007a; 2007b).

Estudo realizado por Mendes et al. (2009) com 1.588 beneficiários do PBF, sobre a utilização de uso de serviços básicos de saúde em dez municípios baianos, demonstrou que apesar dos sucessos do PBF no alívio imediato da pobreza, o programa ainda não conseguiu atingir seu outro grande objetivo: reforçar o exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, por meio do cumprimento das condicionalidades.

O PBF e os determinantes sociais da saúde

Os efeitos do PBF nos determinantes sociais da saúde alcançam diferentes dimensões, muitas das quais colaboram para a redução das iniquidades em saúde, a saber:

a) Diminuição da pobreza e aumento do consumo

Autores destacam que mudanças no formato e escopo do PBF foram essenciais para atender a uma das mais importantes demandas da população pobre: aumento da renda e modificação da capacidade regular de consumo (capacidade de comprar) (Estrella; Ribeiro 2008b; IBASE, 2008; Castiñeira et al., 2009), especialmente entre famílias residentes em localidades menores e mais isoladas (Lindert et al., 2007). Além disso, a liberdade de decisão acerca da utilização de benefício também é considerada um avanço político (Silva, 2007; Senna et al., 2007; Rocha, 2011).

Ao impulsionar o consumo, alguns estudos destacam que o aumento da renda das famílias pobres ampliou o gasto domiciliar com alimentação, além de possibilitar a compra de materiais escolares para apoiar a educação dos filhos (IBASE, 2008; Castiñeira et al., 2009).

b) Sobre a segurança alimentar e nutricional

No que se refere à Segurança Alimentar e Nutricional, não há consenso de opiniões. Enquanto alguns autores não apontam efeitos promovidos pelo programa na condição nutricional das crianças assistidas (Andrade et al., 2007a), outros afirmam uma melhoria significativa desse indicador, especialmente entre as famílias em situação de insegurança alimentar grave (Casteñeira et al., 2009; Rocha, 2009).

Rocha (2009) acrescenta que a análise do desenho do PBF e de seus resultados frente aos Objetivos do Milênio permite verificar que o programa contribuiu para o avanço da Política Nacional de Segurança Alimentar Nutricional no Brasil e da garantia da segurança alimentar como direito humano. Já o estudo divulgado pelo IBASE (2008) pondera que o PBF aumentou a capacidade de consumo de alimentos por parte das famílias assistidas, mas o resultado não garantiu índices satisfatórios de segurança alimentar e nutricional, visto que a ampliação se deu a partir de alimentos altamente calóricos, enlatados e açúcares em detrimento do consumo de frutas e hortaliças.

c) Efeitos no campo da educação

O debate sobre as condicionalidades da educação pulveriza posições. Alguns analistas são favoráveis e as defendem como ação positiva ao desenvolvimento do capital humano (Lindert et al., 2007; Estrella; Ribeiro, 2008b; Haddad, 2008; Monteiro et al., 2009; Castiñeira et al., 2009). Estes destacam a ampliação do acesso à educação como efeito positivo do PBF impulsionado pela existência de contrapartidas ligadas à frequência escolar (Melo; Duarte, 2010; IPEA, 2012). Outros questionam o quanto tal exigência afeta o usufruto do direito à seguridade social (Monnerat et al., 2007; Mota, 2010), além de significar um fardo ou uma penalidade para as famílias beneficiárias (Moreira et al., 2012a); ou ainda, constitui uma insinuação do Estado de que as famílias pobres não valorizam a educação formal – evidenciando também uma dissonância entre o cumprimento do dever do Estado de fornecer educação digna e de qualidade e o direito das famílias de acesso aos programas sociais (Yannoulas et al., 2012).

Alguns autores destacam que o PBF promoveu o aumento da frequência escolar de crianças de 5 a 14 anos (Melo; Duarte, 2010), diminuiu a taxa de abandono escolar de 1ª e 4ª série e aumentou as taxas de aprovação de 1ª a 8ª série (Glewwe; Kassouf, 2012). Por outro lado, Rocha (2011) afirma que os ganhos nesse campo são limitados,

visto que desde a última década, 96,5% das crianças entre 7 e 14 anos já frequentavam a escola.

Já Silva e cols. (2009) afirmam que os ganhos no âmbito da educação são mais concretos em famílias cujos beneficiários responsáveis são mais jovens, podendo conduzir este grupo a uma mobilidade social ascendente a partir da qualificação e inserção produtiva. Por outro lado, verificam-se limitados efeitos dos programas complementares vinculados ao PBF, voltados à capacitação profissional e ampliação das possibilidades de inserção social de jovens (Santos, 2010).

Este aspecto é importante no cenário atual e exige outras análises. Segundo estudo conduzido pelo Ministério da Educação, milhões de jovens brasileiros permanecem sem escola e sem trabalho, considerando a elevada evasão escolar na faixa etária dos 15 aos 17 anos (cerca de 18%) – especialmente entre pretos e pardos, do sexo masculino e residentes em zona urbana, associada a um declínio da participação deste grupo etário no mercado do trabalho (MEC, 2011).

Já os achados sobre a utilização do recurso financeiro do PBF em favor da educação, especialmente para a compra de material escolar (IBASE, 2008; Freitas, 2008; Fronza, 2010; Moreira et al. 2012a) fomenta análises de que esta forma de utilização do recurso, comumente empregada pelas mães titulares do programa com filhos na escola, explicita a preocupação das famílias pobres com a educação dos filhos (Gitter; Barham, 2008; Moreira et al., 2012b).

d) Repercussões sobre aspectos de gênero

Diferentes estudos têm apontado efeitos positivos do PBF referentes à dinâmica familiar, relações de poder na esfera doméstica e questões de gênero. Segundo alguns autores, a titularidade preferencialmente feminina e o gerenciamento feminino do recurso do PBF no lar contribuíram para o aumento do poder de barganha e poder simbólico da mulher na esfera doméstica. Neste sentido, Suárez & Libardoni, (2007) destacam que o programa favoreceu o empoderamento feminino e a diminuição da violência doméstica. Moreira e cols. (2012b) afirmam que o PBF impulsionou o empoderamento feminino especialmente na esfera individual e familiar, conduzindo à melhoria das relações familiares, a ampliação da autoestima e da conscientização das mulheres sobre a importância de seu papel social. Neste caminho, Costa (2012) afirma que as repercussões do PBF para o empoderamento ou autonomia das mulheres é um

dos principais efeitos do programa sobre a condição feminina e sobre as assimetrias produzidas pelas relações de gênero. Por outro lado, também se argumenta que o programa, ao privilegiar as mulheres, mantém relações tradicionais de gênero que corporificam a figura feminina como responsável por zelar pelo cuidado com os filhos e manter-se afastada do trabalho fora do lar (Medeiros, 2007; Mariano; Carloto, 2009).

e) Sobre a cobertura vacinal

Apesar de a atualização do calendário vacinal ser uma das condicionalidades da saúde, os estudos não têm apontado diferenças nos resultados de cobertura vacinal entre crianças beneficiárias e não-beneficiárias do PBF (Oliveira et al., 2007). Uma das justificativas é a excelente cobertura vacinal já promovida pelo Programa Nacional de Imunizações (Rocha, 2011).

f) Saúde das crianças

Estudos evidenciam também resultados positivos do PBF no que se refere a diminuição da desnutrição infantil e aumento no número de consultas pré-natais de filhos nascidos de famílias beneficiárias do PBF (Paes-Souza; Quiroga, 2011; Paes-Souza; Santos; Miazaki, 2011)

Estudo epidemiológico sobre as taxas de mortalidade entre crianças menores de cinco anos entre diferentes municípios brasileiros evidenciou que o PBF foi capaz de reduzir a mortalidade infantil em cerca de 17% entre os anos de 2004 e 2009. A redução foi ainda maior quando se considerou a mortalidade específica por algumas causas como desnutrição (65%) e diarreia (53%) (Rasella et al., 2013).

Efeitos do PBF na gestão e a nova engenharia institucional da política social

Após a década de 1990, o Estado brasileiro assumiu o combate a fome, miséria e desigualdade social como prioridades, acarretando a construção de um novo arranjo institucional (Costa, 2009). Este cenário imprimiu contornos específicos ao desenho do PBF desde sua criação. Um considerável desfecho foi a queda nos índices de pobreza e a qualificação institucional do desenho operacional dos programas de transferência de

renda não contributivos (Vaitsman et al, 2009; Vaitsman, 2009), especialmente os focalizados (Costa, 2009).

No plano institucional, autores destacam que o PBF impulsionou importantes avanços da política social, tais como: especialização do financiamento social; relativa autonomia da política social em relação à política econômica (Costa, 2009; Lavinias, 2007); esforço para evitar o paralelismo de programas assistenciais (Silva; Senna, 2009), fortalecimento e consolidação de programas focais com a convergência de programas assistenciais difusos para um programa mais efetivo; rompimento do viés filantrópico na oferta de serviços, caracterizando-os como direitos sócio-assistenciais (Vaitsman, 2009; Vaitsman et al., 2009); construção de uma identidade do programa e desenvolvimento de uma nova institucionalidade no campo das políticas sociais, impulsionando aumento da capacidade técnica local para operacionalização e gestão de políticas públicas (considerando os investimentos na qualificação e capacitação de profissionais) e a construção de um legado institucional promissor à superação de práticas clientelistas (Silva, 2007; Silva; Senna, 2009; Magalhães et al., 2007; Monnerat et al., 2007; Vaitsman et al., 2009; Magalhães; Bodstein, 2009).

Além disso, destaca-se também a construção de novas posturas do Estado para a elaboração de políticas sociais capazes de reconhecer os pobres como sujeitos capazes de enfrentar a pobreza e manejar recursos transferidos diretamente pelo governo federal, como também elevando a família como foco de intervenção do Estado no combate à pobreza (Estrella; Ribeiro, 2008a; Vaitsman, 2009).

Alguns autores afirmam que a ampliação da abrangência e escopo do PBF e a consequente importância adquirida pelo programa no campo da proteção social ocorreram a partir de estrangimentos de disponibilidade de recursos para áreas sociais básicas, como saúde, educação e saneamento (Lavinias, 2007; Hall, 2008; Costa, 2009). A contradição, no entanto, é que uma das metas do PBF, o rompimento da pobreza geracional, depende da composição das ações do programa com os setores de saúde e educação, áreas que tiveram seus orçamentos limitados, mas que devem operar o cumprimento das condicionalidades do programa.

Destaca-se que, como proposto no desenho do PBF, a interlocução intersetorial e intergovernamental beneficia-se do legado da descentralização já ocorrida nos setores saúde e educação na década de 1990. A relativa autonomia adquirida pelos municípios com a descentralização nos campos da saúde e educação, e a experiência prévia do nível

local em colaborar com o governo federal, facilitaram a construção de políticas de bem-estar para os pobres no espaço federativo e o sucesso do PBF (Fenwick, 2009).

Por outro lado, diversos estudos afirmam que um dos maiores problemas do PBF concerne às relações intergovernamentais assinalando a indefinição de papéis e responsabilidades dos três níveis de governos, e a falta de integração intersetorial e coordenação de ações para implementação e operacionalização do PBF (Magalhães et al., 2007; Silva; Senna, 2009; Magalhães; Bodstein, 2009). Neste sentido, diversos desafios são apontados para a construção de um novo arranjo institucional eficaz no combate a pobreza, diminuição da desigualdade social e redução de iniquidades em saúde a partir do PBF:

- Entender a natureza e a lógica setorial envolvendo a mobilização de diferentes atores e interesses que incidem sobre a formulação de políticas de proteção social (Vaitsman, 2009).
- Superar a falta de coordenação e construir mecanismos de integração das políticas de competência da seguridade social, possibilitando a articulação federativa (Silva, 2007; Vaistman, 2009).
- Refinar mecanismos de monitoramento e avaliação de programas sociais, com parâmetros claros, com vistas a potencializar o sucesso de programas como o PBF no cenário de redução de pobreza e combate à desigualdade social (Magalhães et al., 2007; Magalhães; Bodstein, 2009).
- Otimizar diferentes capacidades institucionais para intervenção efetiva no desenho do programa, incluindo incentivos e outras dimensões estratégicas (participação social, grau de adesão dos agentes, saber popular), a fim de impulsionar novas arenas de concertação e significados a partir da interação entre diferentes atores e o exercício da cidadania ativa (Magalhães, 2007; Magalhães; Bodstein, 2009; Mendes, 2009).
- Avançar na definição clara de investimentos classificados como de seguridade social e ampliar os recursos transferidos pela União e governo estadual para o desenvolvimento de ações complementares ao PBF (Vianna, 2009).
- Enfatizar a importância de uma política de Estado que possa contribuir para a superação de fragilidades locais e assimetrias regionais na oferta

de serviços públicos no desenho de políticas sociais de combate à pobreza (Silva, 2007, Pires, 2008; Monteiro et al., 2009; Castiñeira et al., 2009).

Outro aspecto importante no âmbito da gestão do PBF é a análise dos resultados referentes ao Índice de Gestão Descentralizada de Estados e Municípios, dado que este indicador deve ser utilizado para avaliar a qualidade da gestão do programa.

Estudo realizado por Monteiro e cols. (2009) indicou que os recursos repassados aos municípios por meio do IGD têm sido utilizados para melhorar a estrutura de gestão do PBF, promover melhorias nos locais de atendimento aos beneficiários, capacitação e contratação de recursos humanos, além de aquisição de computadores, material de consumo e móveis.

O IGD possibilitou aos municípios incentivos financeiros para melhorias na gestão do PBF (Monteiro et al., 2009; Vaitsman, 2009); no entanto, este indicador não é considerado um instrumento adequado para o monitoramento das condicionalidades ou para a avaliação da gestão do programa (fonte).

Entre os principais problemas apontados, destacam-se:

- Muitos municípios perdem recursos por não terem cadastro ou acompanhamento de contrapartidas de boa qualidade (Soares e Sátyro, 2009).
- As informações sobre condicionalidades do setor saúde repassadas pelos municípios são precárias. Em 2006, a média do IGD foi de 74%, enquanto o IGD saúde foi de 48%. As realidades dos serviços de saúde de atenção básica dificultam a consolidação de informações sobre contrapartidas e o envio das mesmas para uma base nacional (Soares et al., 2009; Lindert et al., 2007; Estrella; Ribeiro, 2008b; Castiñeira, 2009; Monteiro, 2009), como também indicam a baixa qualidade dos serviços e falta de integração das políticas sociais no Brasil (Vaitsman, 2009; Magalhães; Bodstein, 2009).
- Existem restrições inerentes aos dados para consolidação de informações em âmbito nacional: municípios maiores têm resistências a se habilitarem e se integrarem aos sistemas de informações nacionais, pois já têm seus próprios sistemas para avaliação e monitoramento de políticas públicas (Lindert et al., 2007).
- As informações geradas não são confiáveis, especialmente porque repasses para governos locais podem provocar efeitos perversos, como falsidade de

informação, fazendo com que os municípios registrem somente casos bem-sucedidos. Municípios de piores condições socioeconômicas apresentam melhores performances na gestão do PBF, o que pode indicar avidez por recursos (Lindert et al., 2007; Estrela; Ribeiro, 2008b; Monteiro et al., 2009).

- Este indicador representa uma medida muito simples de desempenho (média aritmética de variáveis) (Monteiro et al., 2009).

O PBF tem impulsionado importantes efeitos sobre a pobreza, desigualdade de renda e iniquidades em saúde, de modo a imprimir novos contornos às estratégias governamentais para o enfrentamento desses problemas; e ainda, tem suscitado diferentes posicionamentos da sociedade em relação aos programas de transferência de renda. Entre erros e acertos, o programa também tem revelado graves desafios quanto à articulação do programa com políticas estruturais e universalizantes, como também no que se refere à capacidade institucional de desenvolver a intersectorialidade de ações.

CAPÍTULO IV - ABORDAGEM METODOLÓGICA

O presente capítulo tem por finalidade apresentar a trajetória metodológica empregada neste trabalho para atender a dois objetivos principais da pesquisa: (i) compreender os efeitos do programa na vida das famílias beneficiárias a partir de dimensões integrantes dos processos de inclusão/exclusão social: econômica, social, política e cultural; e (ii) investigar os alcances e limites do PBF como ação governamental capaz de promover coesão social, fomentar o usufruto do direito à saúde e enfrentar iniquidades em saúde. Estes objetivos, aliados à perspectiva teórica apresentada até aqui, foram determinantes para a construção do recorte empírico necessário ao estudo.

Primeiramente, eleger as dimensões da exclusão social como eixos de análise significou não somente a seleção de campos para investigação acerca dos efeitos do programa, mas também acarretou a necessidade de compreender a dinâmica de inclusão/exclusão social entre as famílias beneficiárias e o modo como este processo interage com os efeitos do programa. Ou seja, trata-se de pensar “se” e “como” a exclusão social incide na vida das famílias beneficiárias, quais as dimensões mais afetadas e como esse processo tem seu curso alterado pelo PBF.

Em segundo lugar, para entender essa dinâmica a partir da ótica das famílias, tornou-se necessário que os titulares ou ex-titulares do programa fossem considerados como representantes das famílias, para dialogar sobre os sentidos e inter-relações que esta intervenção governamental adquire na vida cotidiana. Ou seja, optamos por escolher esses indivíduos como interlocutores-chave para a análise da percepção dos beneficiários sobre as repercussões do PBF em suas condições de vida, a partir (i) da transferência de renda pelo programa; (ii) do acesso e utilização dos serviços de atenção básica em saúde organizados na ótica da Estratégia de Saúde da Família; e (iii) do usufruto do direito à saúde.

Tais elementos nos colocaram frente ao desafio de elaborar um caminho operacional viável para apreender elementos essenciais para a construção do estudo. Isso implicou a utilização de métodos mistos que permitissem conjugar diferentes procedimentos de pesquisa para entender o cenário de investigação a partir de múltiplas fontes, bem como captar as percepções e opiniões das famílias sobre o PBF. Ou seja, partimos do pressuposto de que a abordagem metodológica escolhida deveria evidenciar os fenômenos mais relevantes da realidade social em análise, para possibilitar o

estabelecimento de declarações teóricas gerais acerca do objeto de investigação daquele cenário (Becker, 1997).

Para Gil (2009: 6-7), o estudo de caso constitui uma das modalidades de delineamento de pesquisas científicas em que é possível utilizar métodos mistos para coleta e análise de dados. Essa coleta variada permite organizar múltiplas informações acerca de determinada unidade de estudo, possibilitando, a partir do estudo da particularidade, compreender a complexidade de um caso simples dentro do contexto em que ocorre. Segundo Robert K. Yin (2005: 32):

[U]m estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Esta metodologia não implica que o investigador tenha suposições teóricas fortes acerca do objeto de análise antes da coleta de dados, porque o estudo de caso fornece “fatos para guiar as pressuposições, enquanto os estudos com procedimentos de dados mais limitados são obrigados a pressupor o que o observador no estudo de caso pode verificar” (Becker, 1997: 119). Tal liberdade para lidar com os elementos da investigação e com descobertas inesperadas durante o desenvolvimento da pesquisa permite que o investigador possa reconduzir o estudo, de modo a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos que observa.

Para operacionalizar o estudo de caso, foram combinados diferentes procedimentos de coleta de dados: observação participante, entrevistas e pesquisa documental. O uso combinado de distintas técnicas para a obtenção de informações permite lidar com a especificidade inerente a cada unidade que compõe o objeto investigado – neste caso, o contexto municipal, o PBF e o desenvolvimento dessa ação governamental no âmbito local –, além da percepção dos diferentes atores sociais (famílias beneficiárias e não-beneficiárias do PBF e adscritas à ESF; gestores e técnicos do PBF e da ESF).

4.1 Definição do campo

O município de Silva Jardim foi escolhido para o desenvolvimento da pesquisa por atender a alguns critérios na fase de desenho do estudo, como apresentar indicadores municipais que evidenciavam distintas vulnerabilidades sociais e econômicas, relacionadas ao cenário de pobreza e a processos de exclusão social vividos pela

população. Além disso, por apresentar cobertura de 100% da Estratégia de Saúde da Família, possibilitava reflexões sobre a política nacional de atenção básica neste contexto, bem como sobre a intersetorialidade das ações de saúde e assistência social no enfrentamento da pobreza e das iniquidades.

O Estado do Rio de Janeiro, segundo dados do Mapa da Exclusão Social (Campos; Pochmann; Amorim, 2004), foi o único da Região Sudeste que apresentou piora no Índice de Exclusão Social (IES) entre os anos 1960 e 2000,⁴⁹ relacionado a ampliação do desemprego e agravamento da pobreza urbana. Isto colaborou para a escolha de um município do Estado do Rio de Janeiro para o desenvolvimento do estudo de caso. Outro fator importante para esta decisão refere-se ao vínculo da pesquisadora com a Universidade Federal Fluminense e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ambos localizados neste estado. A proximidade territorial com essas instituições tornou a pesquisa mais viável, como também possibilitou a continuação da investigação, a participação e o acompanhamento de intervenções no cenário da pesquisa.

Portanto, o primeiro critério estabelecido foi investigar municípios do Estado do Rio de Janeiro com elevado IES. Também foi levado em consideração o valor do Índice de Desenvolvimento Humano (PNUD, 2011) dos municípios, em função da importância deste indicador para a medida de desenvolvimento social. Em seguida, buscou-se escolher um cenário de estudo com elevada cobertura da ESF, o que tem três justificativas principais:

1. A Saúde da Família é a estratégia adotada pelo governo federal para reorientação do SUS, cujo acesso e utilização de serviços devem ocorrer prioritariamente a partir da atenção básica. Além disso, o modelo organizativo do trabalho em saúde na lógica da ESF possibilita considerar determinantes sociais da saúde como aspectos inerentes à produção de cuidado de modo mais amplo do que o modelo tradicional de posto de saúde. Assim, a ESF tem potencial para o enfrentamento de iniquidades em saúde resultantes da condição de pobreza e desigualdade vivida por grupos mais vulneráveis.
2. Consideramos relevante discutir o papel do setor saúde no cotidiano dos grupos vulnerabilizados, em especial dos participantes do PBF, dada a potencialidade do setor para a produção de equidade a partir da interação de políticas setoriais.

⁴⁹ Os valores de IES apresentados pelo Estado do Rio de Janeiro foram 0,945 (1960), 0,785 (1980) e 0,649 (2000) (Campos; Pochmann; Amorim, 2004).

3. Vale destacar que as condicionalidades do setor saúde do PBF são operacionalizadas na atenção básica. Lembremos, ainda, que os formuladores do programa afirmam que o alcance das metas do PBF, como a superação da pobreza geracional e o reforço de direitos sociais básicos, depende de sua interface com o setor saúde.

Em função destas considerações, o município de Silva Jardim foi escolhido como cenário de estudo por apresentar o terceiro pior IES dos municípios do Estado do RJ (0,440), de acordo com o Mapa da Exclusão Social (Campos; Pochmann; Amorim, 2004), sendo o único dentre estes⁵⁰ com 100% de cobertura da ESF (DAB, 2011), além de baixo IDH (0,528), o que o coloca na 76ª posição entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro (PNUD, 2011).

Seleção de áreas e famílias para coleta de dados

Após definirmos o município de estudo, restava outro desafio: onde buscar os participantes para o estudo? Inicialmente, pensamos em selecionar as famílias a partir das informações dos dados do Relatório Analítico de Dados do SIBEC (planilha de pagamentos do PBF). Este continha dados de caracterização dos beneficiários que poderiam subsidiar a elaboração de critérios de inclusão para o grupo de entrevistados. No entanto, em função de dificuldades para obtê-lo,⁵¹ tivemos que traçar outras estratégias.

Assim, para selecionar as famílias a serem entrevistadas, optamos por partir da indicação das famílias pelos agentes comunitários de saúde (ACS) das áreas preestabelecidas. Para a seleção das áreas, utilizamos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

⁵⁰ Os outros municípios eram: São Francisco de Itabapuna, com IES de 0,383, e Japeri, com 0,439 (Campos et.al., 2004). Estes municípios estão na 91ª e 79ª posição, respectivamente, no *ranking* do estado referente aos valores de IDH (PNUD, 2011).

⁵¹ Após autorização para realização da pesquisa e o acesso aos dados do SIBEC e CadÚnico por parte do Secretário de Saúde (02/08/2011) e da Subsecretária de Trabalho, Habitação e Promoção Social (24/08/2011), essa autorização foi negada pela Procuradoria Jurídica do município de Silva Jardim. O órgão indeferiu o pedido por meio de um processo nº 6340/2011, justificando que os dados solicitados eram sigilosos e que seu acesso feria o direito à intimidade das pessoas. Depois de anexar ao processo uma carta da pesquisadora à Procuradoria Jurídica Municipal explicando as intenções do estudo e todos os documentos relativos ao cumprimento dos aspectos éticos envolvendo pesquisas com seres humanos (termos de consentimento livre e esclarecido, registro do projeto na Plataforma Brasil, que subsidia o trâmite de projetos junto ao Conselho Nacional de Ética Pesquisa [CAAE: 0231.031.000-11] e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP [nº 215/2011]), o processo foi reencaminhado para avaliação. Em 13/12/2011, a solicitação foi deferida.

O município de Silva Jardim possui nove equipes de Saúde da Família credenciadas e oito implantadas, distribuídas em 15 unidades de saúde (unidades e módulos de Saúde da Família e centros de saúde), segundo os quadros I e II. Em função das dimensões territoriais do município, décimo maior do estado,⁵² uma mesma equipe de Saúde da Família atua em duas ou três unidades de saúde, sendo apenas uma delas inscrita no SIAB como unidade de Saúde da Família (USF), e a(s) outra(s) é(são) considerada(s) módulo(s) de Saúde da Família, sendo cadastrada(s) no CNES como unidades básicas de saúde. Apesar de os módulos possuírem, em termos gerais, a mesma infraestrutura física das USF, e um técnico ou auxiliar de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde lotados na unidade, não conta com o trabalho de médicos e enfermeiros todos os dias da semana, apenas em dias agendados. Dessa forma, médicos e enfermeiros possuem uma agenda de trabalho dividida entre a unidade e o(s) módulo(s) a ela vinculado(s), como mostra o quadro II.

Para fins metodológicos, nomeamos todas essas unidades como USF, visto que eram reconhecidos dessa forma pela comunidade.

Para a seleção dos territórios, partimos de áreas rurais com maior número de famílias, em função da considerável extensão territorial do município e de sua baixa densidade populacional (22 habitantes/km² – IBGE, 2010), elementos dificultosos do trabalho de campo. Dessa forma, decidimos excluir as USF com menos de 300 famílias adscritas ou módulos de Saúde da Família com menos de 100 famílias adscritas. Por meio deste procedimento, conseguimos selecionar três áreas em zona rural para o desenvolvimento do estudo (quadro 6).

52 O município de Silva Jardim tem extensão territorial de 937,55 km², ficando atrás (em ordem decrescente) de Campos dos Goytacases, Valença, Macaé, Rio de Janeiro, São Francisco de Itabapoana, Itaperuna, Resende, São Fidelis e Cachoeira de Macacu (IBGE, 2010).

Quadro 6. Caracterização das unidades de saúde segundo população adscrita e número de agentes comunitários de saúde, Silva Jardim, RJ, 2011

Zona	Unidade ¹		População	Total de famílias por micro-área	Informações sobre a UFS	
					Nº de ACS	Nº. médio de famílias por ACS
Urbana	Fazenda Brasil	USF	2.571	707	5	141,4
	Lagoa – Rural	MSF		58	6	116,8
	Varginha	USF	2.392	701	10	133,8
	Centro	USF	4.432	1.338	7	120,1
	Boqueirão	USF	2.989	841	6	140,7
	Cidade Nova	USF	3.015	844	3	94,0
Rural	Mato Alto	USF	1.524	282	2	94,0
	Coqueiros	CS		188	1	58,0
	Imbaú	USF	2.316	363	3	121,0
	Caxito	CS		327	3	109,0
	Aldeia Velha	USF	2.481	382	3	127,3
	Vargem Grande	MSF		62	1	62,0
	Bananeiras	CS		148	2	74,0
	Pirineus ²	MSF		82	1	82,0
	Gaviões	MSF		115	2	57,5
TOTAL			21.720	6.438	51	126,2

Fonte: SIAB (Relatório SSA2 de dezembro e 2011)

¹USF: Unidade de Saúde da Família registrada no SIAB; CS: Funciona como USF, mas é registrada como Centro de Saúde no CNES (2011); MSF: referenciado pela população como USF, mas constitui-se um módulo de Saúde da Família sem registro no SIAB ou CNES. ²Pirineus não possui qualquer dos registros oficiais, nem no SIAB nem no CNES. Legenda: **Áreas com mais de 300 famílias.**

No entanto, posteriormente, foi necessário excluir Aldeia Velha, por situar-se a cerca de 18 Km de distância do centro de Silva Jardim. Esta decisão foi subsidiada por relatos dos trabalhadores da USF de Aldeia Velha, informando que tal distância fazia com que a população da área utilizasse serviços de saúde, em especial emergência, serviços hospitalares para internação, entre outros, do município vizinho de Casimiro de Abreu, o que poderia produzir um viés na análise das informações. Foram selecionadas, portanto, as áreas de Imbaú e Caxito como as localidades em zona rural a serem pesquisadas.

Para selecionar as áreas urbanas, buscamos indicadores de maior vulnerabilidade social. Para tanto, procuramos trabalhar com as informações do SIAB, visto a capacidade deste sistema para oferecer dados territoriais sobre a condição social e econômica da população adscrita. Conjugamos estas informações com dados do diário

de campo para a seleção das áreas de estudo, utilizando como indicadores de vulnerabilidade: elevados índices de analfabetismo entre maiores de 15 anos; falta de acesso ao abastecimento público de água e esgotamento sanitário; condição geral do bairro e dificuldade de acesso à USF.

No que se refere à facilidade de acesso às USF, utilizamos informações sobre a distância de cada unidade ou módulo de Saúde da Família ao centro de Silva Jardim, tomando como referência sua prefeitura municipal. As áreas localizadas às margens da rodovia BR-101 eram consideradas privilegiadas, visto que tal localização indicava facilidade de acesso.

Para as informações sobre a condição geral do bairro, foram incorporados dados coletados pela pesquisadora na fase de observação participante e registrados em diário de campo, tais como: falta de pavimentação urbana, esgoto a céu aberto e residências mais modestas (moradias habitadas, mas ainda inacabadas ou em má conservação) conforme exposto no quadro 7, a seguir.

Quadro 7. Caracterização das áreas das Unidades de Saúde da Família, Silva Jardim, RJ, 2011

Zona	USF	Alfabetização Indivíduos com idade ≥ 15 anos (%)	Abastecimento De Água Nº de domicílios/famílias (%)		Destino de Fezes/Urina Nº de domicílios/famílias (%)			Moradias humildes e falta de pavimentação urbana	Acesso à USF (Estimativa da distância da USF ao centro do município)
			Rede Pública	Poço/nascente	Esgoto	Fossa	Céu Aberto		
Urbana	Fazenda Brasil	1912 (88,31)	362 (47,32)	331 (43,27)	275 (35,95)	406 (53,07)	84 (10,98)	Pouco visível	Fácil (2 a 3 Km)
	Lagoa - rural							Não verificado	Difícil (> 15 Km)
	Varginha	1685 (85,62)	8 (1,14)	664 (94,72)	47 (6,70)	593 (84,59)	61 (8,70)	Bastante visível	Fácil (9 km) Margens da BR 101
	Centro	3409 (93,60)	1124 (84,01)	175 (13,08)	956 (71,45)	303 (22,65)	79 (5,9)	Pouco visível	Muito Fácil (< 1 km)
	Boqueirão	2079 (86,66)	126 (14,98)	695 (82,64)	256 (30,44)	459 (54,58)	126 (14,98)	Visível	Muito Fácil (< 2km) Margens da BR 101
	Cidade Nova	2056 (83,51)	646 (76,54)	157 (18,60)	537 (63,63)	162 (19,19)	145 (17,18)	Bastante visível	Muito Fácil (< 1 Km)
Rural	Mato Alto (Coqueiro)	1072 (84,68)	56 (11,91)	353 (75,11)	6 (1,28)	331 (70,43)	133 (28,30)	Pouco visível	Difícil (4 a 5 Km)
	Imbaú	1661 (82,76)	225 (32,61)	403 (58,41)	61 (8,84%)	382 (55,36)	247 (35,80)	Pouco visível	Fácil (6 km)
	Caxito							Bastante visível	Fácil (9 Km) Margens da BR 101
	Aldeia Velha (Vargem Grande; Bananeiras)	1708 (81,88)	210 (26,62)	542 (68,69)	10 (1,27)	663 (84,03)	116 (14,70)	Não verificado*	Muito difícil (>15 km)
	Pirineus e Gaviões	-	-	-	-	-	-	Não verificado	Muito difícil (>15 km)

*Apenas os bairros de Vargem Grande e Bananeiras não foram verificados. Na localidade de Aldeia Velha não era visível.

Fonte: SIAB (Relatório SSA2 de dezembro, 2011) e Informações registradas em Diário de Campo

Legenda: Indicador associado à maior vulnerabilidade social entre as áreas localizadas na zona urbana

Dessa forma, foram selecionada na área urbana as localidades de Cidade Nova e Varginha, em função de possuírem mais indicadores (três em cada uma) associados à maior vulnerabilidade social (quadro VII).

É importante ressaltar que o bairro Cidade Nova era conhecido pelo nome de “saco da gambá”⁵³, sendo referido com um sentido pejorativo tanto por quem vivia lá quanto por outros habitantes do município. Apesar disso, era localizado próximo ao centro do município e possuía equipamentos públicos importantes como escola, unidade de Saúde da Família, uma grande praça pública urbanizada e bem conservada (Campo do Rial), com um campo de futebol bastante frequentado⁵⁴, e rua principal asfaltada. O bairro Cidade Nova era conhecido pela população local como um bairro perigoso⁵⁵, que acumulava problemas como violência urbana, desemprego e tráfico de drogas.

4.2 Definição dos participantes

Pretendia-se, inicialmente, entrevistar três categorias de indivíduos relacionados ao PBF: beneficiários, ex-beneficiários e não-beneficiários (famílias que tentaram ingressar no PBF, mas nunca foram beneficiadas pelo programa). Entre os beneficiários, os titulares deveriam estar inseridos no PBF há um ano no mínimo (data de vigência inicial do benefício) e a seleção desses participantes seria feita a partir do Relatório Analítico do Sistema de Benefícios ao Cidadão (SIBEC)⁵⁶. O plano era selecionar os bairros com maior número de beneficiários do programa, sendo um na zona urbana e outro na zona rural do município. Para cada um destes bairros, pretendíamos selecionar pelo menos quatro famílias de cada agrupamento de subcritérios:

- a. Família extremamente pobre, ou seja, que receba o Benefício Básico;
- b. Família com crianças menores de sete anos: famílias com maior número de crianças menores de sete anos que recebem o Benefício Variável, vinculado a crianças e nutrízes e que por isso devem cumprir as condicionalidades da agenda de saúde relacionadas a este grupo;

⁵³ Diário de Campo, Silva Jardim, 29/05/2012.

⁵⁴ Alguns moradores diziam que a praça não fazia parte do bairro Cidade Nova e sim do bairro Nossa Senhora da Lapa. De qualquer forma, trata-se da mesma área, vizinha à Unidade de Saúde da Família Cidade Nova.

⁵⁵ Caderno de Campo. Silva Jardim. 21/09/2011; 30/09/2011.

⁵⁶ Trata-se de uma planilha Excel com informações de todos os beneficiários do PBF que a Caixa Econômica Federal disponibiliza aos municípios mensalmente. Este relatório, conhecido por “Planilha do SIBEC” ou “Folha de Pagamento do PBF”, contém informações como titularidade do benefício, número e nome de dependentes, período de vigência, endereço da família, situação do benefício, valor liberado, etc.

- c. Família com idoso acima de 60 anos titular do benefício;
- d. Família com adolescente de 15 a 17 anos, que receba pelo menos um Benefício Variável Vinculado ao Jovem.

Caso o número de famílias a serem entrevistadas excedesse o número previsto, a seleção seria realizada por sorteio.

Para as entrevistas com ex-titulares do PBF, também pretendíamos utilizar o Relatório Analítico do SIBEC. Da mesma forma, buscaríamos sujeitos que compunham o grupo familiar que recebeu o benefício do PBF por no mínimo um ano, sendo cancelado no mês corrente ao da realização da entrevista ou nos meses sequencialmente anteriores. Entrevistaríamos no mínimo quatro ex-titulares. Caso o número de famílias adequadas para a entrevista excedesse o previsto, a seleção também ocorreria por sorteio.

Para entrevistar os não-titulares, utilizaríamos a seleção por bola-de-neve (*snowball*), onde um participante indica outro (Turato, 2003). Neste caso, os primeiros titulares participantes no estudo indicariam os não-titulares que poderiam compor o grupo de entrevistados. Para operacionalizar essa estratégia, solicitaríamos aos primeiros participantes que indicassem outras famílias, residentes naquele bairro, que na opinião deles deveriam fazer parte do programa, mas que sabiam não ser beneficiários. Assim, pretendia-se entrevistar pelo menos quatro famílias que partilhavam das mesmas condições de vida dos beneficiários entrevistados, mas que nunca haviam recebido o benefício do PBF. As condições de vida consideradas similares seriam: residir no mesmo bairro, mesmo patamar de renda e acesso às mesmas condições de oferta de serviços públicos (saneamento básico; transporte público, educação, saúde, etc.).

No entanto, diferentes motivos exigiram modificações na estratégia da pesquisa em relação aos sujeitos entrevistados e à busca por participantes, tais como:

- Durante todo o trabalho de campo, não foram encontrados os indivíduos pertencentes à categoria dos não beneficiários. Todas as famílias indicados pelos ACS ou pelos entrevistados tinham alguma experiência prévia no PBF, ou seja, tratava-se de ex-beneficiários, famílias com benefício suspenso ou cancelado.
- Em função da demora na autorização para acesso à planilha do SIBEC, não pudemos utilizá-la como instrumento para guiar a busca por participantes, sendo necessário construir outra estratégia de pesquisa. Assim, decidimos partir das USFs das áreas selecionadas e solicitar aos

ACS que indicassem famílias beneficiárias do PBF para participarem do estudo.

- O Relatório do SIBEC disponibilizado aos municípios não continha informações sobre benefícios cancelados. O relatório que gerava este tipo de dado não identificava o nome do beneficiário, apenas o número de benefícios cancelados. Não havia uma série histórica dessas informações no nível local, ou a possibilidade de compilar o dado do CadÚnico. Vale destacar que, antes da pesquisa, os Relatórios do SIBEC não eram manuseados na SEMPHTS. Portanto, havia desafios operacionais para buscar este tipo de dado.⁵⁷ Para tanto, foi necessário o contato com a Coordenação do PBF em outro município que também operava o sistema, para que pudessemos aprender como obter o relatório. Só conseguimos acessar o relatório em fevereiro de 2012, dois meses após o início da fase de coleta de dados. Como o sistema disponibilizava o relatório do período atual da solicitação e o de dois meses anteriores, conseguimos o Relatório Analítico do SIBEC de dezembro de 2012, quando já havíamos iniciado as entrevistas. Os dados do mesmo serão apresentados em tópico a seguir.
- Por fim, foi necessário que tanto os beneficiários, quanto os ex-beneficiários participantes do estudo fossem indicados pelos ACS. Eles indicavam o endereço das famílias, o nome dos membros da residência e o melhor horário para encontrá-los em casa. Eles sabiam ainda quem era o titular do benefício. De posse desses dados, a pesquisadora se dirigia ao endereço sugerido para convidar as famílias a participarem do estudo. Os ACS não participavam dessa abordagem nem da entrevista que se seguia.

⁵⁷ Neste caso, vale destacar o empenho da equipe técnica que operava o CadÚnico para buscar estes relatórios e disponibilizar sua utilização na pesquisa após autorização.

4.3 O trabalho de campo

Definição das técnicas e instrumentos

Os estudos de caso requerem a utilização de métodos mistos de obtenção de dados (Becker, 1997; Gil, 2009). Desta forma, foram empregadas as técnicas de coleta.

Observação Participante

Segundo Becker (1997), a realização de estudos de casos tipicamente implicam o uso da observação participante associado a outros métodos mais estruturados. O autor considera que a observação participante permite que o observador colete os dados por meio de sua participação na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda. Esta técnica pode conduzir à obtenção de informações e vivência de situações possivelmente não previstas na fase de desenho do estudo, mas passíveis de apreensão e importantes de serem analisadas, bem como pode ajudar a esclarecer alguns elementos da investigação obtidos através de outras técnicas, como as entrevistas. Nelas o observador pode se engajar em várias atividades do cotidiano do grupo em estudo e participar da situação ou observá-la, em diferentes graus de inserção.

A observação participante foi um procedimento empregado durante toda a fase do trabalho de campo: durante as visitas à Secretaria de Trabalho, Habitação e Promoção Social; nas Unidades de Saúde da Família; na Coordenação de Saúde da Família, nas visitas às USF realizadas junto com a supervisora da ESF local; nas visitas aos bairros pertencentes às áreas selecionadas para a pesquisa e durante a fase de entrevistas.

O trabalho de campo foi realizado de 14 de setembro de 2011, quando o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, até 22 de junho de 2012. De setembro de 2011 a maio de 2012, foram realizadas visitas semanais ao campo.⁵⁸ Antes desse período, especificamente de julho a agosto de 2011, foram realizadas diversas visitas à SEMTPS, Secretaria de Saúde e à Coordenação da ESF local, com a finalidade de explicar o projeto, realizar aproximações com o grupo e viabilizar a autorização institucional para a pesquisa.

⁵⁸ De 20 de dezembro a 15 de janeiro e no período do carnaval 2012, não foi realizado trabalho de campo, em função do tráfego intenso na rodovia nessa época. Muito tempo era despendido no trajeto, além do risco de acidentes e também para diminuir o risco de viés na pesquisa, por se tratar de período de festividades.

Não foi estabelecido um roteiro predefinido para a observação participante. Todas as informações obtidas eram anotadas em um diário de campo.

Pesquisa documental

Segundo Gil (2009), a consulta às fontes documentais é imprescindível para qualquer estudo de caso. Os documentos utilizados podem ser oriundos de fontes primárias, secundárias, contemporâneas ou retrospectivas. Estes incluem documentos técnicos ou administrativos compilados pelo autor, dados de censos e estatísticas, entre outros.

Partimos de diversas fontes documentais para realizar a caracterização do município em relação a seus aspectos sociais, demográficos e econômicos (Censos 2000, 2010; CEPERJ, 2011); descrição de aspectos relacionados ao sistema local de saúde (DATASUS, 2011; SIAB, 2011) e ao PBF em âmbito municipal (SENARC, 2011; SIBEC; 2011).

Entrevista

A utilização de entrevista semiestruturada constituiu o principal mecanismo de coleta de informações. Segundo May (2004), a utilização desta técnica apresenta a vantagem de combinar perguntas em um formato padronizado com a possibilidade de sondar o entrevistado sobre esclarecimentos, informações e elaboração de determinadas respostas, constituindo assim, um diálogo entre entrevistador e entrevistado, qualificador da investigação.

Foram realizadas 31 entrevistas com as famílias, sendo 25 com beneficiários e seis com ex-beneficiárias do PBF, utilizando-se um instrumento de coleta de dados específico para cada grupo familiar (Apêndices I e II respectivamente), constituído de duas partes. A primeira parte contém perguntas não-estruturadas, direcionadas para aprofundar a compreensão dos objetivos do estudo e consolidadas em um quadro elaborado para este fim (quadro 8). A segunda parte contém questões estruturadas baseadas nos questionários utilizados pelo IBASE (2008) e IBGE (2010).

O instrumento foi previamente aplicado em seis famílias beneficiárias e uma ex-beneficiária do PBF em um município circunvizinho à região de Silva Jardim em junho

de 2011. Assim, foi possível analisar e alterar o instrumento de modo a aprimorá-lo no sentido de ampliar a apreensão dos objetos da investigação.

Tanto os instrumentos de coleta de dados quanto o tratamento dos mesmos foram norteados pela categoria “processos de inclusão/exclusão social”, a partir dos eixos destacados no quadro 8.

Quadro 8. Eixos de atuação do PBF e eixos analíticos para o estudo das repercussões do programa, elaborados a partir da categoria exclusão social*

Eixos de atuação do PBF	Eixos para análise de repercussões do PBF na vida de famílias beneficiárias			
	Dimensão*	Nível*	Variável	Indicador
Promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família.	Econômica	Individual	Inclusão produtiva	- Participação de algum dos membros da família beneficiária em projetos/cursos/atividades de capacitação profissional -Inserção no mercado de trabalho -Mudanças na situação de trabalho (diminuição de situações indignas e exploração no trabalho) -Acesso/Mudança às modalidades de proteção social vinculadas ao trabalho remunerado
		Familiar	Suprimento de necessidades básicas (alimentação, saúde, educação e lazer)	- Mudanças ocorridas no suprimento de necessidades básicas visando o bem-estar (mudanças nas formas de acesso e/ou utilização)
		Comunitário	Melhoria nas condições de vida da população	- Mudanças na infraestrutura e/ou ampliação do acesso a serviços públicos a partir da implantação do PBF no município Desenvolvimento da economia local (alguns indicadores municipais permitem verificar aumento da circulação de \$)
	Social	Individual	Gênero	- Mudança de situações de constrangimento, assédio ou violência na esfera doméstica e empoderamento
		Familiar/Comunitário	Laço sócio-familiar	-Mudanças na percepção do papel social do titular na esfera doméstica e na comunidade
	Cultural	Individual	Status	- Mudanças advindas do <i>status</i> de beneficiário (inclusão social advinda da inscrição no PBF; exclusão associada ao estigma do beneficiário)
Reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação, através do cumprimento de condicionalidades como estratégia de rompimento do ciclo de pobreza entre gerações.	Política	Familiar/Individual	Saúde	- Mudanças operadas na vocalização das demandas na atenção básica em saúde -Estabelecimento/Reforço de canais de comunicação e vínculos usuário-trabalhador-serviço de saúde -Mudanças promovidas nas formas de acesso e utilização dos serviços de saúde pelos beneficiários do programa. - Mudanças no usufruto do direito à saúde
Coordenação de programas complementares a fim de desenvolver a autonomia das famílias.	Política e social	Individual/Comunitário	Participação social	-Mudanças na percepção do papel social na formulação de políticas assistenciais - Participação em Associação de Bairro / Sindicato/ Conselho - Oportunidades de integração social (realização de atividades fora do espaço doméstico, ampliação da rede social; aumento das atividades de sociabilidade e/ou lazer)

Fonte: *As dimensões dos processos de inclusão e exclusão social foram baseadas em Escorel (1999).

O quadro 8 apresenta os eixos de atuação do PBF explicitadas pelos formuladores do programa e as possíveis repercussões do PBF no enfrentamento dos processos de exclusão social e, portanto, promotores de inclusão social. As dimensões dos processos de inclusão/exclusão social foram baseadas em trabalho de Escorel (1999) e Popay et al. (2008). A partir dos objetivos de atuação do PBF e das dimensões dos processos de inclusão e exclusão social, foi possível elaborar variáveis e indicadores para o estudo das repercussões do programa na vida de famílias beneficiárias.

As entrevistas foram realizadas na residência da família beneficiária, com o titular do benefício, ou no caso das famílias ex-beneficiárias com quem era responsável pela titularidade.

Ocorreu uma situação de exceção com uma entrevistada (E8) que se declarou titular do benefício da família, portadora do cartão e responsável pelo gerenciamento do recurso na casa, mas a titularidade estava em nome do irmão. Isso foi possível verificar ao se conflitar as informações obtidas na entrevista com os dados sobre seu benefício no Relatório Analítico do SIBEC. Por meio do endereço percebemos a divergência de informações. Ao retornar ao campo obtivemos a informação que o titular 'do cadastro' havia mudado recentemente para uma casa nos fundos daquela mesma propriedade. Tentamos sem sucesso entrevista-lo. A entrevistada afirmava que tinha clareza sobre a necessidade de fazer a mudança, mas postergava a situação com medo de perder o recurso. Para não causar maiores temores a esta família entendemos que não deveríamos insistir em uma nova entrevista e consideramos a validade da mesma.

As entrevistas tinham duração de 40 minutos a uma hora, com tempo de permanência na casa do entrevistado de cerca de uma hora e meia. Os trinta minutos iniciais eram para apresentação da pesquisadora, esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. Na maioria das casas, as entrevistas eram realizadas no primeiro contato com as famílias; em outras, foram necessários o agendamento e o retorno de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Houve quatro recusas de participação no estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. A fim de manter o sigilo da identificação dos entrevistados, empregou-se numeração dos entrevistados para a identificação das falas.

Com vistas a aprofundar a compreensão sobre o funcionamento do PBF e da ESF no nível local e esclarecer alguma informação fornecida pelas famílias

entrevistadas, foram realizadas três entrevistas com gestores e/ou supervisores técnicos da ESF e do PBF. Para guiar a investigação, foi utilizado um roteiro de perguntas sobre a situação atual do PBF e da ESF nos municípios (Apêndice III). As entrevistas tiveram duração de cerca de uma hora e também foram transcritas para análise.

O encerramento do trabalho de campo

O encerramento do trabalho de campo foi marcado pelo fim da fase de entrevistas com gestores do PBF e da ESF e com as famílias. O encerramento da fase de coleta de dados por meio de entrevistas com as famílias foi estabelecido por “saturação teórica”, ou seja, quando casos adicionais não produziram novas informações.

De maneira geral, o pesquisador deve justificar o tamanho de sua amostra baseando-se em atingir redundância informativa ou saturação teórica, contrabalançando com a quantidade de informação gerada e a tarefa analítica que se apresenta. (Kelly, 2010).

Glaser e Strauss (1967 apud Fontanella, Ricas e Turato, 2008: 18) conceituaram a saturação teórica como

a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica. Na expressão dos autores, tratar-se de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria (que, por sua vez, tem uma determinada densidade) e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.

As informações obtidas por meio das entrevistas com beneficiários e ex-beneficiários do PBF foram utilizadas para definir o encerramento da fase de entrevistas com as famílias. Ou seja, a não-emergência de elementos novos definiu o limite para o número de entrevistas realizadas.

Para cada entrevista realizada, foi possível verificar o surgimento ou a repetição de determinada informação (quadro 9). Dessa forma, a saturação teórica ocorreu já nas primeiras 15 entrevistas. Para possibilitar relativa segurança quanto ao ponto de corte da saturação, foram entrevistados mais 16 indivíduos (quadro 10).

Quadro 9. Informações obtidas por meio de entrevistas. Silva Jardim, Rio de Janeiro, setembro a junho de 2012

Informações das entrevistas
A. O PBF como complemento à renda das famílias que vivem em contextos de inserção ocupacional precária.
B. Falta de equipamentos públicos que viabilizem a inserção da mulher no mercado de trabalho (creches ou escolas em tempo integral).
C. A utilização do recurso do PBF para apoiar a educação dos filhos.
D. A titularidade feminina do PBF como expressão de poder e reconhecimento da mulher na sociedade.
E. O importante papel da equipe da ESF, em especial do ACS, para a manutenção da condição de beneficiário do PBF.
F. Necessidade de programas complementares para impulsionar a educação e a inclusão produtiva.
G. A inclusão no PBF como fator favorável à autonomia da mulher na esfera doméstica.
H. O PBF como fator de inclusão social a partir do consumo.
I. Efeitos do PBF na desigualdade social e as mudanças no status social da família.
J. O PBF e os obstáculos cotidianos para o lazer e realização de atividades culturais.
K. Do favor ao direito: o ingresso no PBF pode significar a porta de entrada na política de assistência social.
L. As condicionalidades da saúde no âmbito da assistência à saúde no território.
M. Falta de infraestrutura urbana como fator que aprofunda a vulnerabilidade social e econômica,
N. Divergências entre o dado real e o declarado sobre a composição dos residentes no domicílio para o acesso ou manutenção do benefício.
O. Falta/dificuldade de acesso às informações do PBF como motor para a insegurança de renda.
P. O PBF como “ajuda” do governo em prol da mobilidade social ascendente.
Q. “Um dinheirinho que ajuda a aguentar”: o PBF como complemento de renda para atender às necessidades das famílias
R. O PBF como “dinheirinho” certo: O PBF como complemento de renda para suprir precariamente as necessidades da família.
S. As condicionalidades da saúde como um certificado de participação das famílias no PBF.
T. Sobreviver por um fio: o PBF como recurso à falta de fontes de renda.
U. “O direito de existir”: a inscrição no PBF e o reconhecimento jurídico do cidadão.
V. O dinheiro em troca da frequência escolar: as condicionalidades da educação como controle efetivo para a permanência no programa.
X. A política de conservação ambiental na contramão das demandas por inclusão produtiva.

Quadro 10. Saturação das entrevistas. Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2012

INFO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	
E1	■	■	■	■	■	■																		
E2	■	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■											
E3	■		■		■																			
E3				■				■																
E4	■		■		■							■	■	■	■	■	■							
E5	■	■	■										■		■		■							
E6																								
E7	■	■	■	■	■		■				■		■						■	■	■			
E8	■	■										■		■	■	■					■	■		
E9	■		■		■							■		■		■					■	■	■	
E10	■				■										■	■				■	■			
E11	■	■																	■	■				
E12		■	■		■			■				■	■		■									
E13	■							■										■	■	■			■	■
E14	■	■			■	■					■													■
E15	■		■	■		■	■					■	■			■					■	■		■
E16	■				■			■					■										■	■
E17	■		■					■							■	■						■	■	
E18	■																							
E19	■	■	■		■	■		■					■							■				
E20	■		■	■			■	■	■											■			■	
E21	■	■	■					■				■	■										■	
E22	■				■			■					■											
E23	■		■	■			■	■	■											■				
E24	■										■													
E25	■																						■	
E26	■		■		■								■	■			■							
E27	■				■	■							■				■							■
E28	■		■					■				■								■				
E29	■		■		■			■	■															
E30	■												■	■										
E31	■				■												■			■	■			

Fonte: Informações das entrevistas; E: Entrevistado

Legenda: ■ Surgimento de uma nova informação

■ Repetição da informação

Aliados à saturação teórica, outros elementos inerentes ao campo e às características da pesquisa foram importantes para tomar a decisão de encerrar a coleta de informações por meio de entrevistas. Neste sentido, cabe destacar:

- A homogeneidade do grupo: notou-se que a maioria das famílias beneficiárias do PBF no município é extremamente pobre (87,6% dos beneficiários, segundo dados do SIBEC em dezembro de 2011, data do início da coleta de informações). Dessa forma, percebeu-se uma compreensão sobre suas condições de vida e a experiência no programa bastante homogênea.

- Similaridade nas trajetórias de ingresso no PBF entre famílias beneficiárias e ex-beneficiárias, o que, de certa forma, também uniformizou o grupo de entrevistados: na maioria das famílias, o ingresso no PBF se deu pelo recebimento anterior da Bolsa Escola, ou por meio de cadastramentos realizados na escola dos filhos. Outra parte das famílias ingressou por meio da livre iniciativa em buscar o benefício na Secretaria de Trabalho, Habitação e Promoção Social de Silva Jardim.
- Limites para o número de entrevistas realizadas em função das características do próprio território. Silva Jardim é um município de pequeno porte populacional, grande extensão territorial e, portanto, com baixa densidade populacional. Essas características dificultaram o acesso às residências, especialmente em zona rural. Além disso, como as famílias estabelecem relações proximais de parentesco e vizinhança, tanto em zona rural quanto urbana, em dado momento, a pesquisadora e o estudo ficaram bastante conhecidos nas áreas investigadas, o que poderia comprometer a espontaneidade das respostas.

Informações com técnicos e gestores do PBF e da ESF

Além das famílias foram realizadas entrevistas e obtidos depoimentos de técnicos e gestores da ESF e do PBF em Silva Jardim, com vista a ampliar as informações sobre a implantação e o funcionamento destas políticas nos municípios. Os participantes foram:

- Entrevista 32: Contador e Secretário Municipal de Saúde em 2011 e 2012;
- Entrevista 33: Farmacêutico e Superintendente Executiva da Atenção Básica em 2011 e 2012;
- Entrevista 34: Assistente Social e Gestor Local do PBF em 2011;
- Entrevista 35: Médico Ginecologista, servidor público no município;
- Entrevista 36: Professor e Sub-Secretário de Saúde de 2002 a 2012;
- Entrevista 37: Biólogo, Supervisor da Saúde da Família em 2011 e 2012.

4.4 A análise dos dados empíricos

Para análise do material obtido por meio das entrevistas, as informações foram analisadas buscando-se entender o sentido das falas para, posteriormente, agrupá-los em categorias empíricas,⁵⁹ organizadas de acordo com as dimensões dos processos de inclusão e exclusão social (quadro VI).

Quadro 11. Análise dos dados empíricos segundo as dimensões dos processos de inclusão e exclusão social

Dimensões da exclusão social	Informações das entrevistas
Econômica	A, B, F, M, N, O, Q, R, T, X
Social	C, D, G, H, I, J, P, V
Política	E, K, L, S
Cultural	D; G

Após a leitura, realizaram-se classificação e agrupamento do material das entrevistas, separando as falas que ilustrassem as diferentes informações obtidas e os diversos sentidos dos relatos verbalizados pelos entrevistados, relacionados a cada dimensão dos processos de inclusão e exclusão social. No caso de algumas informações obtidas para a dimensão social, havia sentidos transversais e muito próximos da dimensão cultural. De maneira geral, foi um grande desafio realizar esta tarefa, visto que as dimensões dos processos de inclusão e exclusão social estão relacionadas entre si. Assim, enquanto algumas falas tinham um sentido que direcionava a análise para determinada dimensão específica; outras englobavam aspectos ligados a diferentes dimensões da exclusão social.

Dessa forma, é importante salientar que a separação em dimensões é apenas um recurso metodológico e operacional para interpretar fenômenos complexos que na realidade cotidiana encontram-se imbricados e superpostos. A análise das informações e dos sentidos das falas envolveu discutir aspectos amplos, relacionais, interdependentes e concomitantes.

⁵⁹ Segundo Minayo (2004), as categorias empíricas são construídas com finalidade operacional a partir do trabalho de campo. Sua elaboração, a partir dos elementos dados pelo grupo social, possibilita a compreensão teórica da realidade e, ao mesmo tempo, expressa sua especificidade.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto atendeu às disposições da Resolução n°. 196/96, referente aos regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP em 14 de setembro de 2011, Protocolo de Pesquisa CEP/ENSP n°215/11; CAAE: 0231.0.031.000-11 (Anexo I).

Todas as entrevistas foram realizadas mediante a concordância do entrevistado em participar do estudo e sua posterior assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (Apêndices IV e V).

O termo era lido pelo entrevistador de modo a esclarecer os objetivos da pesquisa, a importância da colaboração do entrevistado, a não obrigatoriedade da participação, o sigilo sobre a identificação dos participantes a partir dos dados coletados e o não prejuízo do mesmo no caso de concordar ou recusar realizara entrevista. Eram assinadas duas vias do termo de consentimento, ficando uma via em posse do entrevistado e a outra do pesquisador.

Em duas das entrevistas realizadas em zona rural, os entrevistados eram analfabetos e não sabiam assinar o próprio nome. Um deles estava sozinho em casa e o outro, acompanhado da esposa, que tampouco sabia ler nem escrever. Assim, o termo foi lido pela pesquisadora, e o consentimento, gravado.

4.6 O encontro com a realidade social: entrada no campo

A representação do mundo social não é um dado, ou um registro, um reflexo, mas o produto de inúmeras ações de ‘construção’ que são feitas e estão sempre fazendo. Ela está nas palavras de uso comum [...] que dão sentido ao mundo social enquanto o registram. Nas palavras de ordem que contribuem para produzir a ordem social, informando o mundo e produzindo os grupos que designam e mobilizam [...] A representação que os grupos fazem sobre eles mesmos e os outros, contribui [...] para definir o que são os grupos e o que eles fazem. (Bourdieu, 1977 apud Ivo, 2008:85-99).

Por mais que seja realizado um esforço para naturalizar a aproximação do pesquisador ao grupo e ao campo investigados, a situação de pesquisa é sempre artificial e o encontro com o pesquisado não é um ato corriqueiro, mas um ato criado. Dois elementos importantes determinam como será este encontro proposital entre o pesquisador e os entrevistados: a construção do problema de pesquisa e o campo escolhido para a investigação.

Tal como afirmam Bourdieu e cols. (2004: 48), o problema de pesquisa é um fato construído “em função de uma problemática teórica que permite submeter a uma interrogação sistêmica os aspectos da realidade colocados em relação entre si pela questão que lhes é formulada”. Portanto, para que o objeto sociológico seja dotado de realidade, ele precisa ser definido por determinadas teorias e captado por métodos específicos, criando-se assim o problema que norteará toda ação de pesquisa. Para garantir o rigor e a validade do problema como objeto de investigação social, o autor sugere uma “vigilância epistemológica” permanente aos conceitos e métodos que nortearam a construção desse fato. Ou seja, o painel teórico da pesquisa, que são os conceitos *a priori*, constituem ferramentas essenciais durante todo o trabalho de campo.

A filiação deste trabalho, a abordagem teórica e metodológica dos processos de inclusão e exclusão social (Scorel, 1999; Popay et al., 2008) foi um elemento essencial não somente pelas potencialidades do conceito, mas também para trazer a pesquisadora de volta ao problema da investigação e a suas interrogações elaboradas *a priori*. Porém, ao longo do trabalho de campo, foi possível perceber que a “vigilância epistemológica” destacada por Bourdieu tinha uma função maior do que garantir fidelidade ao método. Os sentimentos gerados a partir do encontro com uma realidade marcada por trajetórias de precariedade, vulnerabilidade e sofrimento, a realidade social de famílias que vivem

em situação de pobreza, acabam por alterar o olhar da pesquisadora e dificultar sua apreensão como um problema de pesquisa. Neste caso, entendemos que esse recurso deve, além de garantir o rigor científico do trabalho de investigação, ser capaz de conduzir o trabalho de pesquisa à denúncia de problemas sociais como elementos concretos que afligem sujeitos reais. Assim, tornava-se necessário que a abordagem desses problemas a partir da compreensão dos processos de exclusão e inclusão social pudesse conduzir tanto para os achados da pesquisa, como a propostas de intervenção públicas orientadas para tais problemas.

Ou seja, a questão social em análise deveria ser pensada a partir de uma “dimensão cognitiva, das maneiras como se problematiza o ‘social’ e uma dimensão da ação, que diz respeito às formas como se deve atuar sobre esse ‘social’”, ou seja, como categoria de ação das políticas públicas (Ivo, 2008: 99). Trata-se aqui de uma tomada de posição da pesquisadora de assumir os produtos da pesquisa não somente como um conjunto de achados isolados, mas potenciais substratos para a produção de intervenções. Entende-se ainda que o pesquisador não deve ser inerte ao seu objeto de estudo, apesar de reconhecer-se que sua compreensão e ação têm também limites importantes.

Em uma pesquisa social, pode ocorrer de o pesquisador se envolver com o campo e com os problemas sociais que afligem aquelas pessoas. Isso algumas vezes é determinante para os caminhos da pesquisa, como na decisão de seguir ou parar de coletar os dados em determinada área. Como exemplo, houve a situação vivida no campo, e por conta de uma intervenção foi necessário abandonar a área de coleta de dados. Uma usuária que precisava de transporte para duas consultas no Hospital Antônio Pedro, em Niterói, com especialistas (uma para ela, devido a um bócio por hipotireoidismo, e a outra para o filho com pouco mais de 2 anos, com hidrocefalia). Ela aguardava há mais de um ano pelas consultas. Na semana da entrevista, havia sido informada pelo hospital que suas consultas seriam na semana seguinte. Ao ir em busca do transporte na prefeitura, foi informada que seria impossível porque se exigia determinada antecedência para os pedidos e não havia mais vagas no transporte de pacientes.

Vivenciar esta situação foi bem difícil porque como pesquisadora eu não deveria intervir no campo de estudo. Por outro lado, como profissional de saúde, eu não poderia deixar de tentar viabilizar o acesso ao serviço de saúde para uma usuária que sofria em

função das deficiências do próprio sistema. Neste sentido, decidi aproveitar a inserção que possuía na Secretaria Municipal de Saúde para tentar o transporte. Assim, a partir de contato telefônico com a supervisora da Saúde da Família, o transporte foi viabilizado para as consultas. A partir daí, foi necessário abandonar aquela área para a coleta de dados da pesquisa, em função do risco de viés que o fato poderia acarretar ao restante do trabalho de investigação. Esse foi o recurso encontrado para que a interação com o campo falseasse os resultados da pesquisa, pois outros entrevistados da área poderiam ter falsas expectativas ao participar da pesquisa após conhecer esta história e isso influenciar sua participação no estudo.

Apesar desse tipo de cuidado, em menor ou maior escala, a interação com o campo de investigação reconfigura objetiva e subjetivamente os sujeitos e, por conseguinte, os resultados esperados dessa interação (Hacking, 1983; Barad, 2007; Despret 2011). Segundo Ian Hacking (1983), nossas ações ou representações, e o lugar do qual falamos ou nos colocamos para falar do mundo, geram determinada intervenção. Esta, por conseguinte, é iluminada pela representação e absorvida pelo sujeito a partir de sua própria leitura da realidade. Neste sentido, a interação e o contexto geram representações diferentes e resultados diferentes. Segundo o autor, geralmente “os sujeitos se tornam aquilo que é esperado deles” e tendem, aos olhos do pesquisador, a “se conformar à teoria ou à hipótese do que é produzido ao seu respeito” (Hacking apud Despret, 2011: 45).

Neste caminho, a percepção ingênua de tentar compreender os depoimentos pelo seu conteúdo literal deve ceder espaço à compreensão de uma fala que é construída a partir da composição de olhares, percepções e representações em interação. Os sujeitos falam a partir de algo que pensam esperarmos deles, ou seja, da expectativa que geramos em relação a eles. Esses elementos são apresentados no intuito de registrar, como afirma Hacking (1983), que pesquisar é intervir. Não se trata de buscar inverdades nas falas ou em suas análises, mas de compreender que o espaço do encontro pesquisador-entrevistado é marcado por visões de mundo singulares, representações e expectativas. Considerar tais pressupostos permite assumir, de fato, as falas dos entrevistados como fonte de informação.

4.6.1 O campo e as famílias entrevistadas

O contato com o campo e com as famílias entrevistadas foi marcado pelo lugar do qual a pesquisadora falava e representava, bem como pelos efeitos dessa representação na fala de quem era entrevistado. O mesmo ocorreu com sujeitos da pesquisa. Eles também representavam determinado universo, um espaço concreto e simbólico aos olhos da pesquisadora. Ou seja, a pesquisa põe em cena formas particulares de definir o fenômeno de interesse, de realizar classificações acerca do objeto e de caracterizar o que será considerado um resultado pertinente (Barad, 2007).

Da mesma forma que a pesquisadora buscava compreender/interpretar esse encontro com as famílias, munida de conceitos *a priori* sobre o campo e sobre sua situação social, elas também tinham interpretações sobre o objetivo da minha presença e da investigação no território ou em suas casas, bem como sobre o interesse em entrevistá-las. Tais elementos imprimiram contornos singulares aos caminhos e aos produtos da pesquisa, a saber: os medos de que a entrevista fosse uma forma de fiscalizar a adequação dos sujeitos aos critérios de elegibilidade do PBF; as representações do que é ser pobre e beneficiário de uma política social sendo residente naquele território, ao ainda, sobre o uso ou aplicação do benefício, entre outros.

Esse tipo de problema figura não apenas como elemento da pesquisa, mas pode fazer parte das relações institucionais entre diferentes atores. Assim, a mediação entre o representante institucional da política e seu público-alvo por um ator intermediário que possui relações próximas com ambos os sujeitos pode facilitar a comunicação e potencializar, assim, a intervenção. No caso desta pesquisa, foi possível notar que o ACS figura como importante mediador das relações institucionais entre o público-alvo do PBF e os gestores locais do programa.

A assistente social gestora do PBF no nível local relatou que visitava as famílias do programa com o ACS da localidade, dada a dificuldade de localizar os endereços no campo.⁶⁰ Ela destacou a importância e a vinculação de suas ações à dinâmica de trabalho do ACS:

Eu visito as famílias que são beneficiárias do programa, também, os casos de descumprimento das condicionalidades, em caso de bloqueio de benefício... tudo referente ao Bolsa Família [...] muitas vezes a gente não consegue localizar urgente uma família que está descumprindo as condicionalidades, porque vem o aviso para a gente

⁶⁰ Diário de campo, Silva Jardim, 30/05/2012.

de quais as famílias estão em risco de perder o benefício. Então a gente chega na unidade e conversa com os agentes comunitários, e eles passam as informações [para as famílias] [...] a gente conversa com os agentes comunitários e fala: sabe onde mora essa família? [...] Ou então, a gente conversa com o agente comunitário e pede para essa família comparecer. Olha, para você ter uma ideia, eu chego lá [na USF] levo uma ficha chamada Maria Josefina da Silva⁶¹ e pergunto: Você sabe onde é que mora a Maria Josefina da Silva? Ele diz: sei, o nome dela é X, que mora na rua que fica em frente ao Bar do Fulano... Eu nunca iria achar! Mesmo com o guia de rua nas mãos eu nunca iria achar aquela pessoa. Ou então, ele me leva exatamente no local [...] eles sabem, visitam aquela família toda semana [...] Eles para mim são como ouro! (Assistente social).

Assim como a assistente social, eu também partia das USF para fazer as entrevistas. Inicialmente, pretendia ir acompanhada do ACS na casa da família que seria convidada para a entrevista, forma de abordagem pactuada com a coordenação da ESF de Silva Jardim. No primeiro dia em que fui ao campo realizar as entrevistas, a ACS da USF de Caxito disse que não poderia me acompanhar para mostrar onde as famílias moravam, porque ela havia acompanhado uma assistente social e o benefício da família em questão havia sido cancelado. A partir de então, aquela família passou a culpá-la pela perda do benefício. A ACS se dispôs a me fornecer os endereços de famílias por escrito e até me mostrar onde se localizavam as residências indicadas, desde que as famílias não a vissem. Assim fizemos, íamos de carro, com os vidros fechados e escurecidos, e ela me mostrava onde ficavam as casas e ao mesmo tempo desenhava um mapa das ruas.⁶² Assim como destacado pela assistente social entrevistada, seria muito difícil que eu conseguisse localizar aqueles endereços sem a ajuda dos ACS. Como se tratava de uma área rural, os pontos de referência eram pés de frutas, bambuzais ou a porteira da fazenda de alguém, os quais na maioria das vezes eu desconhecía ou nem conseguia identificar.

Com vistas a eliminar qualquer possibilidade de prejudicar o trabalho do ACS na comunidade, eu sempre chegava sozinha às residências sugeridas para a entrevista, cujas indicações haviam sido fornecidas previamente pelos ACS. Eu sempre chegava a casa do possível entrevistado a pé, algumas vezes estacionava o carro na USF, ou no caso de áreas muito distantes, procurava um ponto de referência para deixar o carro. Muitas residências indicadas eram quase impossíveis de serem encontradas. Algumas

⁶¹ Nomes fictícios, exemplificados pela profissional na entrevista.

⁶² Diário de campo, Silva Jardim, 04/12/2011.

das famílias indicadas não eram abordadas, por serem vizinhas a outra que já tinha sido entrevistada ou porque a família não estava em casa (situação mais rara). Em certas ocasiões, tive de retornar à USF para solicitar ajuda sobre alguma localização.

Como minha lista de nomes de beneficiários e ex-beneficiários tinha sido fornecida pelos agentes em uma primeira conversa em que estavam todos juntos na USF, todos sabiam os nomes e os endereços das pessoas indicadas, e não apenas os de suas microáreas de trabalho. A maioria dos ACS das USF participantes no estudo também era beneficiária do programa. O interessante era que eles indicavam as mesmas famílias, ou seja, pessoas residentes ou não na microárea de atuação deles mas adscritas à unidade, e não tinham muitas dúvidas sobre quem indicar após me ouvirem explicar os objetivos da pesquisa. A lista continha de seis a oito endereços de famílias, umas mais próximas à unidade e outras bastante distantes. Algumas vezes foi necessário retornar na USF e solicitar, em especial ao ACS que era beneficiário do PBF, mais sugestões de beneficiários ou ex-beneficiários, para conseguir me adequar aos tipos de famílias estabelecidos no projeto *a priori* para serem entrevistadas. A indicação de famílias por parte do ACS também foi influenciada por sua visão sobre o território, já que eram trabalhadores da USF, e sobre a comunidade, dado que todos eram moradores da área, ou seja, pela visão de sujeitos que partilhavam vivências de moradia e uso de equipamentos públicos com outros participantes do PBF. Foi ainda permeada por suas experiências cotidianas de trabalho na prestação de assistência a outros beneficiários do programa.

Minha associação à figura da assistente social que fazia visitas⁶³ foi exemplo de uma representação vinculada à minha presença no campo. Esta, por sua vez, possivelmente modificou a percepção dos sujeitos sobre quem eu era. Além de me associarem à figura da assistente social que estava fazendo visita para tratar de algo relacionado ao PBF,⁶⁴ muitas famílias relacionavam minha presença à USF. Eles diziam ainda: “*Eu vi você no postinho!*”⁶⁵ *Você é a nova médica?*”⁶⁶. Provavelmente esta e outras representações também modificavam a posição na qual o entrevistado colocava a si próprio e a mim ao participar da entrevista em sua casa.

⁶³ Diário de campo. Silva Jardim. 06/12/2011; 13/03/2012; 14/03/2012; 09/04/2012.

⁶⁵ Diário de campo, Silva Jardim, 06/12/2011.

⁶⁶ Diário de campo, Silva Jardim, 14/03/2012.

Na medida em que eu era associada à assistente social do PBF que visitava as famílias, os entrevistados faziam questão de me informar que o benefício era muito importante, que eles precisavam do recurso e justificavam como o gastavam. Tudo isso sem que, na maioria das vezes, eu fizesse qualquer pergunta para iniciar a entrevista. Neste sentido, sempre me informavam que gastavam o benefício com o que era realmente “necessário” (alimentação, medicamentos e transporte da família, ou itens específicos para as crianças, em especial, material escolar).

4.6.1a A visão das famílias sobre os beneficiários do PBF

Na visão das famílias, também coexistiam representações sobre o que é ser beneficiário do PBF. Quando perguntado “em sua opinião, como é uma família que está no PBF?”, o entrevistado identificava uma série de vulnerabilidades, muitas das quais ele conhecia por sua própria vivência, dentro da família ou na comunidade. Assim, destacava vulnerabilidades sociais vividas no espaço coletivo, como a mesma situação de renda (baixa e insegura), a condição de moradia precária e o uso de equipamentos públicos inadequados às demandas e expectativas do grupo. Ou seja, reconhecia-se no grupo do qual falava e partilhava com o mesmo a vivência das vulnerabilidades que relatava.

Ah! Eu acho que é gente assim mesmo, tem vários vizinhos aqui que é a mesma coisa. Não tem diferença não. De mim, não tem diferença não. (Entrevista 2).

É muita gente que recebe. Tem minha nora que mora aqui do lado. Assim... é igual, para quem tá panhando é igual mesmo. (Entrevista 4).

Aqui mesmo tem bastante gente que recebe. Tem pessoas aqui dentro que tem mais filhos, uns cinco ou seis, mas é a mesma coisa. Aqui dentro é assim. (Entrevista 19).

Neste sentido, a condição de pobreza era um fato vivido e partilhado. Na percepção dos entrevistados, uma família beneficiária do PBF é uma família que “*não tem diferença*”⁶⁷ das famílias que residem naquela comunidade e vivenciam situação de pobreza similar. Mas quando questionados sobre o tipo de família que deveria receber o benefício, participar do programa, as respostas migravam para outra esfera, para o âmbito individual, sem referências à vivência compartilhada fora do espaço doméstico.

⁶⁷ Diário de Campo. Silva Jardim, 07/03/2012.

Os entrevistados assinalavam uma característica que afetava o provedor do lar, a mesma que era responsável ou aprofundava a condição de pobreza do grupo. Na visão dos entrevistados, o que tornava uma família elegível ao PBF era a existência de vulnerabilidades que afetavam a capacidade das pessoas de auferir renda segura, como: não conseguir emprego; subsistir com rendimentos inseguros (biscates; trabalho informal); ter muitos filhos; famílias monoparentais, em especial as chefiadas por mulheres sem cônjuge (solteiras, separadas ou divorciadas) ou quando o provedor era impossibilitado de trabalhar (por doença ou por não ter com quem deixar os filhos). Em alguns depoimentos, diziam que o benefício teria que ser destinado para famílias sem qualquer fonte de rendimentos, apesar de aquela família ou os vizinhos do bairro que eram beneficiários não se enquadrarem na característica sugerida. Enfim, o corte de renda não era apontado como principal elemento que condicionava o ingresso no PBF.

Pesquisadora: *Em sua opinião, como é uma família que precisa do Bolsa Família?*

Entrevistada: *Família que não tem renda nenhuma, né? Que precisa daquilo para sobreviver, não é isso?*

Pesquisadora: *As famílias que você conhece e que recebem o Bolsa Família são assim?*

Entrevistada: *São todas assim.*

Pesquisadora: *Você conhece gente que precisa, mas não recebe?*

Entrevistada: *Não, todas que eu conheço recebem. (Entrevista 16)*

Nota-se, por exemplo, que na família da entrevista supracitada, dois membros tinham fontes de rendimentos no mercado informal, mas se situavam abaixo do corte de renda para elegibilidade, fato que não foi sequer mencionado. Outros entrevistados sugeriam característica para o ingresso no programa que eles mesmos não possuíam, como, por exemplo, ter muitos filhos, etc. Quando questionados sobre o que era muito, diziam “mais de três” ou “mais de quatro”.⁶⁸ Nenhum dos entrevistados beneficiários citou o corte de renda como o motivo que condicionou seu ingresso. Mas ex-beneficiários citaram o corte de renda como motivo que condicionou a saída do programa.

Neste caminho, os beneficiários e ex-beneficiários do PBF possivelmente absorviam e reproduziam o discurso sobre pobreza como um conjunto de carências centradas no indivíduo e determinantes de sua fragilidade econômica, e menos como questões estruturais, vivenciadas pelo coletivo, que geram e ampliam a pobreza, como

⁶⁸ Diário de campo, Silva Jardim, 06/12/2011; 13/03/2012; 09/04/2012.

desemprego, educação inadequada e impossibilidade de acesso a um sistema universal de proteção social. Nesta perspectiva, a discussão sobre a vivência de vulnerabilidades sociais se desloca do direito para o mérito sem atentar para os diferentes pontos de partidas dos indivíduos, ou seja, sem correspondência com uma realidade em que se verifica falta de oportunidades para alcançar uma condição de vida mais digna e o bem-estar pessoal.

No discurso oficial das agências internacionais de empréstimo, como o Banco Mundial, a pobreza é tratada como um fracasso individual (Ugá, 2004; 2008). Este incapacita os sujeitos de garantirem sua renda e subsistência, expondo-os a diversas vulnerabilidades sociais que tolhem sua liberdade para realizar o que desejam. A pobreza associada à “privação de capacidades”, de Amartya Sen (2001), tem sido um discurso adotado por essas agências para lançar propostas de programas para o enfrentamento da pobreza. Partindo das ideias de Sen (2001), as agências defendem a necessidade de oferecer aos pobres oportunidades diferenciadas para que possam desenvolver capacidades de alcançar o bem-estar social a partir de seus próprios méritos. Isto tende a relativizar o papel do Estado no enfrentamento estrutural das desigualdades sociais geradas pelo sistema socioeconômico e vivenciadas diária e historicamente pelas famílias pobres, sobretudo nos países latino-americanos. Dessa forma, a expansão da seguridade social via programas de transferência de renda condicionada não conjugada a investimentos em áreas estratégicas para a reprodução econômica e social da população (como saúde, educação ou mudanças no âmbito do trabalho/emprego) transforma a condição de beneficiário em uma necessidade permanente das famílias pobres.

Alinhado a esta perspectiva, e não por acaso, o discurso do capital humano, entendido como uma qualificação pessoal que fomenta o desenvolvimento pessoal, constitui-se em uma fala governamental recorrente nas estratégias para a superação da pobreza geracional a partir do PBF, uma das justificativas para a existência de condicionalidades na saúde e educação (Estrella; Ribeiro, 2008; Grisotti; Gelinski, 2010).

Além da vivência de vulnerabilidades, o discurso midiático também desenha uma figura de beneficiário do PBF. Lindert e Vincensini (2010) analisaram 6.531 artigos, de seis jornais da imprensa brasileira sobre programas de transferência de renda condicionada, nos períodos denominados pré-PBF (2001 a 2003) e na vigência do PBF

(2004 a 2006). Entre os achados, destacaram o aumento da visibilidade pública do governo a partir desse tipo de programa e a expansão da cobertura midiática sobre o PBF. A cobertura da imprensa refletia os avanços e desafios da implementação, dando mais ênfase a tais aspectos do que às críticas à construção de uma política social baseada no modelo de transferência de renda condicionada. De um lado, a mídia valorizava a divulgação de problemas como erros de inclusão, fraudes e fragilidades no sistema de informação e na fiscalização, em especial das condicionalidades. Por outro, havia também uma aprovação pública do programa e a percepção de transparência no uso do recurso federal para ao PBF e na prestação de contas, o que conferiu importante credibilidade ao programa.

De maneira geral, o debate expressava apoio às condicionalidades e a necessidade de fiscalização da inclusão indevida e do acompanhamento das condicionalidades; percepção sobre assistencialismo; preocupações sobre a “dependência da transferência” e a necessidade de portas de saída, além de uma percepção de justiça social, dada a acurácia na focalização dos pobres e extremamente pobres. Esses achados também estavam presentes no trabalho de Lavinias, que mediu a percepção pública da desigualdade no Brasil (2012). A professora identificou a existência, na população brasileira, de uma associação entre pobreza e mérito. Assim esclarece a partir de um *survey*:

[...] 23% concordaram totalmente que as pessoas permanecem na pobreza principalmente por falta de oportunidades, 24,4% mostraram-se neutras [...] e 27,2% estavam em total desacordo (logo, viam a permanência da pobreza mais por uma perspectiva de falta de interesse ou esforço individual de cada um em “correr atrás de trabalho”). Os homens são mais numerosos em identificar a pobreza como falta de esforço individual do que as mulheres. Mas predomina a visão de que pobreza é falta de esforço individual, visão que responsabiliza em primeiro lugar os próprios pobres por sua condição social [...] Ademais, esse mesmo cidadão tende a apoiar majoritariamente as condicionalidades impostas aos beneficiários de programas como o Bolsa Família, o que significa não compartilhar da ideia de que pobres e indigentes devem ser auxiliados de forma incondicional e permanente, na base em um direito assegurado constitucionalmente (Lavinias, 2012: 12-13)

O discurso oficial veiculado pelas redes de comunicação e pelo próprio Estado configura uma imagem da pobreza que o PBF deve enfrentar, além de colaborar na construção de uma memória coletiva sobre a figura do beneficiário. Esta faz emergir no

discurso do grupo características do “tipo ideal” para adscrição ao programa, que nem sempre são as vulnerabilidades vividas.

Pollak (1989:3-4), ao analisar a memória coletiva na modernidade e os enquadramentos dessa memória ao discurso oficial do Estado, argumenta sobre a necessidade de se entender que elementos são determinantes para a solidificação de discursos hegemônicos para além de quem os vocaliza. Ou seja, torna-se necessário pensar sobre as relações de poder e a subjetividade implícitas na formação do discurso. Desta forma, destaca que “não se trata mais de lidar com os fatos sociais como coisas, mas de analisar como os fatos sociais se tornam coisas, como e por quem eles são solidificados e dotados de duração e estabilidade”. A compreensão da fala dos sujeitos deve ser realizada à luz dos elementos que contribuíram para a construção do discurso, neste caso: a vivência da precariedade, a partilha grupal de vulnerabilidades, como também o discurso governamental e midiático sobre o tipo de pobreza a ser enfrentada e as características das famílias que se enquadram no perfil estabelecido. Na fala dos entrevistados, essas características se localizam nos sujeitos e nas famílias “incapazes” de conseguir, por conta própria, garantir sua subsistência dado seu próprio acúmulo de problemas, quando na verdade são precariedades que incidem sobre elas.

Esta dinâmica interfere no debate sobre pobreza à medida que ajuda a explicar como algumas concepções sobre o fenômeno “se solidificam, adquirem durabilidade e estabilidade”, inclusive entre as classes menos favorecidas. Estes caminhos podem ajudar a entender alguns elementos, como a associações do PBF aos trabalhadores desempregados, a desconfiança pública de que o PBF desestimula o trabalho (Lavinias, 2012), assim como o fato de muitos entrevistados concordarem com a exigência de contrapartidas e lhes conferirem um valor moral que imprime “certa” dignidade ao dinheiro recebido pela família pobre, distinguindo-o, desta forma, de uma “ajuda”, a exemplo de uma esmola.

Por fim, destacam-se duas marcas importantes que emergiram desse contato com a realidade das famílias que participaram do estudo:

1. os beneficiários e ex-beneficiários do programa, como parte integrante da sociedade, expressam em muitos momentos valores hegemônicos (e conservadores), dessa própria sociedade, que depõem contra os segmentos sociais do qual fazem parte: a população pobre e extremamente pobre beneficiária de uma política social do governo.

Eu acho que eles estão certo. Se quer receber tem que ir para escola. Eles [o governo] têm que cobrar da criança. (Entrevista 16)

Só ganhar, não! Tá errado! Tem que fazer... Só que ganhar e num querer fazer nada? [se referindo às contrapartidas] (Entrevista 24).

2. O discurso desses atores é de uma riqueza imensa, pois ao mesmo tempo em que expressam tais valores, evidenciam suas contradições, questionam sua finalidade e se posicionam de maneira crítica em relação a eles e aos elementos da sociedade que o constroem.

Acho errado uma mãe ter a bolsa prejudicada porque o filho adolescente não quer ir à escola [...] e ela e os pequenos? Tem que ver esse lado [...] eles tão passando necessidade... (Entrevista 21).

Como que vai cobrar? [se refere à frequência escolar das crianças]? Fizeram... sabe como é que obra pública ...aquele troço[...] foi às pressas. Então tá aparecendo umas trincas, de fora a fora lá... eles ouviram uns estalos [...] acharam que o colégio tava desabando [...] as crianças saíram correndo desesperadas e a rachadura está aumentando[...]teve reunião de novo, chamaram o pessoal da defesa civil, olharam lá e tá interditado [...] vamos ver o que vai ser resolvido... Eu não vejo essa associação de moradores em nada., entende? Agindo... qualquer solução... tinha que funcionar... (Entrevista 27).

E vinha de uns e de outros num vinha [...] E eu em cima! E eu pensei: vou tentar porque todo mundo as vezes que num precisa... recebe! E eu tô precisando... E outro falava: Eu vou largar! E eu: Você pode largar, porque eu vou tentar. Alguma coisa tem, né?! (Entrevista 13).

Ou seja, esses indivíduos evidenciam, por meio de suas falas, seu poder de agência, sua persistência e a certeza sobre a importância de serem ouvidos.

CAPÍTULO V - CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO: MUNICÍPIO DE SILVA JARDIM

A reflexão sobre os processos de exclusão/inclusão social, a produção de equidade em saúde e a coesão social exige entender o cenário de investigação não apenas a partir de suas delimitações geográficas ou políticas, mas, sobretudo, como espaço social historicamente produzido e continuamente modificado (Santos, 1997, 2004).

O espaço em que as pessoas vivem se define, portanto, como um conjunto de formas representativas de relações sociais de um determinado território (Santos, 2004). Como tal, o contexto local pode ser pensado a partir dos recursos naturais, ambientais, sociais e econômicos presentes (ou ausentes) no território, além de um produto da sociabilidade dos indivíduos, famílias e comunidade.

Nesta perspectiva, o cenário de investigação assume uma densidade de informações capazes de iluminar a análise dos determinantes sociais da saúde e das iniquidades oriundas dos diferentes usos do território, além das distintas formas de acesso às riquezas socialmente produzidas em determinado período. Enfim, o espaço social é um importante determinante na dinâmica dos processos de inclusão/exclusão social e tem efeitos na coesão social de seus habitantes.

5.1 Breve histórico sobre a formação do município

Segundo Cintra (2004), o município de Silva Jardim teve origem a partir de um povoamento ao longo do rio São João (microrregião da Bacia do Rio São João) em meados do XVIII. As incursões rio acima deram origem aos povoados que hoje formam a região: Poço da Antas, Correntezas, Gaviões e Capivari, este último dando origem à cidade de Silva Jardim (Cintra 2004: 29).

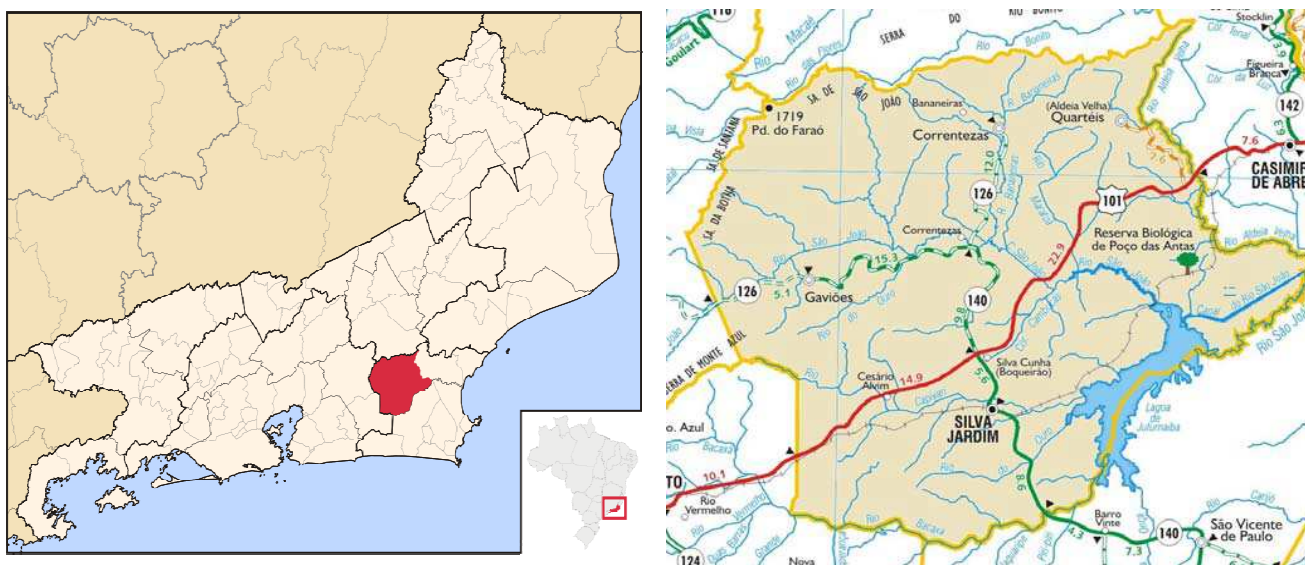
Em meados do século XIX, a expansão das culturas de café, cana de açúcar e milho, à custa de trabalho escravo, impulsionou a criação da Vila de Capivari, cujo desenvolvimento se ampliou ainda mais com a chegada na região da Estrada de Ferro Leopoldina em 1881(Cintra, 2004).

No entanto, com a assinatura da Lei Áurea, em 1888, um grande contingente de escravos libertos migrou da região para outras cidades. A abolição da escravatura promoveu o declínio econômico do local e a desvalorização das terras adquiridas posteriormente por imigrantes suíços e alemães, o que impulsionou o desenvolvimento de outros povoados (Aldeia Velha e Juturnaíba). Com a incorporação destes, “a Vila de Capivari recebeu foros de cidade em janeiro de 1890, no período republicano, assim permanecendo até 31 de dezembro de 1943” (Cintra, 2004: 30). A partir de então, o município passou a se denominar Silva Jardim, em homenagem ao seu filho ilustre: o poeta Silva Jardim.

5.2 Aspectos territoriais, socioambientais e socioeconômicos

Silva Jardim localiza-se na região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (RJ), a 108 km da capital do estado, sendo recortado pela Rodovia BR 101 (Figura 1).

Figura 1. Mapas político administrativos do município de Silva Jardim



Fonte: IBGE, 2012.

Fonte: DER-RJ (2006 *apud* TCE-RJ, 2011:8)

O município é composto pela cidade de Silva Jardim, com 19.456 habitantes, e pelos distritos de Aldeia Velha, Gaviões e Correntezas (CEPERJ, 2011). Possui uma extensão territorial de 937,55 Km², sendo o décimo maior município em extensão

territorial do estado e o de menor densidade demográfica⁶⁹ (22,77 hab/Km²). Grande parte da região, principalmente a Serra, é coberta por floresta tropical e protegida pela Reserva da Biosfera da Mata Atlântica, homologada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO) em 1992 (Cintra, 2004).

Segundo Melo (2004), Silva Jardim ocupa 43% do território da Bacia do Rio São João, integra o Bioma Mata Atlântica e preserva cerca de 30% da cobertura florestal original. O uso do solo tem sido destinado à criação de gado para corte, produção de leite, piscicultura, avicultura, suinocultura e criação de cavalos. Os principais produtos agrícolas são a citrocultura, seguida da cana de açúcar.

O município de Silva Jardim tem se destacado no cenário nacional por dois fatores ligados a proteção e conservação ambiental: a existência da Reserva Biológica de Poço da Antas, onde se desenvolve o projeto de conservação e recuperação do mico-leão dourado, coordenado pela organização não-governamental Mico-Leão Dourado e por ser um dos principais municípios brasileiros em número de Reservas Particulares de Patrimônio Natural (RPPN), Unidades de Conservação (UC) de domínio privado. Presentes em todos estados da Federação as RPPN somam, no Brasil, 1.073 unidades. As RPPN fluminenses, por sua vez, estão presentes em 33 municípios, com destaque para os municípios de Silva Jardim e Nova Friburgo que, juntos, congregam cerca de 30% dessas unidades de conservação (Bassi, 2012).

As RPPN de Silva Jardim,⁷⁰ em conjunto, protegem mais de mil hectares de Mata Atlântica. Estas unidades de conservação estão localizadas na região entre a Baixada Litorânea e o pé da Serra do Mar, e colocam o município entre os maiores em RPPN federais no Brasil. No entanto, em Silva Jardim ainda não são desenvolvidas atividades de educação ambiental, pesquisa ou ecoturismo de forma sistemática, embora o distrito de Aldeia Velha tenha começado a estruturar atividades de ecoturismo e turismo rural.

O município de Silva Jardim ocupa 44% da bacia hidrográfica do rio São João, a maior bacia fluminense, com 2.160km² (Melo, 2004) e seus recursos hídricos são muito

⁶⁹ O *ranking* dos dez maiores municípios do Estado do Rio de Janeiro ordenados segundo extensão territorial é composto por Campos dos Goytacazes, Valença, Macaé, Rio de Janeiro (capital), São Francisco de Itabapoana, Itaperuna, Resende, São Fidélis, Cachoeiras de Macacu e Silva Jardim (IBGE, 2013).

⁷⁰ As RPPN reconhecidas legalmente no município de Silva Jardim são: Bom Retiro, Arco-Íris, Granja Redenção, Sítio Santa-Fé, Cachoeira Grande, União, Gaviões, Floresta Alta, Serra Grande, Lençóis, Quero-Quero, Mico Leão Dourado e “Neiva, Patrícia, Cláudia e Alexandra”.

importantes para outros municípios da baixada litorânea e para a Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

A Lagoa de Juturnaíba⁷¹, conhecida no passado por baixada de Araruama, é uma área alagada para a construção da represa de Juturnaíba, entre os anos de 1978 e 1974 (Projeto Juturnaíba Viva, 2012). A ausência de estudos de impacto ambiental produziu efeitos negativos, como a diminuição e a ameaça de extinção de diferentes animais da fauna local e a inadequada introdução de espécies exóticas de peixes, que se transformaram em predadores da fauna aquática local, impedindo a piracema do robalo, espécie de alto valor comercial. Muitas famílias ribeirinhas que sobreviviam da pesca foram obrigadas a buscar outra fonte de renda (Cintra, 2004; Toledo, 2005).

Atualmente, é desenvolvido na região o “Projeto Juturnaíba Viva” pela Associação Mico Leão Dourado, em parceria com governos estadual e federal, além da Petrobras. O projeto tem como objetivo principal contribuir com a conservação do maior manancial fluminense (Projeto Juturnaíba Viva, 2012).

ICMS Ecológico

Em 2008, foi instituído no Estado do Rio de Janeiro o Imposto por Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) Ecológico ou ICMS Verde, também denominado ICMS-ECO, por meio da Lei Estadual nº 5.100, de 04 de outubro de 2007 (Bassi, 2012). Trata-se de redistribuição dos recursos arrecadados por meio de impostos, que inicialmente visavam compensar os municípios que tinham historicamente o uso de seu território limitado pela presença de unidades de conservação (reservas, parques, etc.) ou por mananciais estratégicos para o abastecimento das cidades. Além desse caráter, o ICMS Verde converteu-se em um instrumento de incentivo à conservação ambiental (Nadir Jr et al., 2007).

Segundo a Lei nº 5.100/2007, 2,5%⁷² do ICMS devem ser redistribuídos segundo determinados critérios ambientais.⁷³ Nos anos de 2009 e 2010, essa transferência

⁷¹ “Juturnaíba” vem do tupi e significa “lago medonho”. Este nome foi dado pelos índios tamoios em referência ao canto melancólico dos urutaus (*Nyctibius sp*), ave noturna aparentada às corujas que assustava os índios (Projeto Juturnaíba Viva, 2012).

⁷² No planejamento estratégico da Secretaria do Meio Ambiente do Governo do Estado do Rio de Janeiro, o percentual de repasse foi aumentando gradativamente: 1% em 2009; 1,8% em 2010 e 2,5% em 2011 (The Nature Conservancy, 2012).

⁷³ I – área de efetiva implantação das unidades de conservação. Neste caso, as RPPN e Áreas de Preservação Permanente (APP) devem obter 45% do recurso total transferido, sendo que desse percentual, 20% serão alocados para áreas criadas pelos municípios;

correspondeu, respectivamente, a 9,5% e 20,6% dos recursos do ICMS transferidos ao município. Em janeiro de 2011, a parcela de ICMS-ECO transferida ao município foi o dobro do valor correspondente à parcela do ano anterior (The Nature Conservancy, 2012).

Em 2010 e 2011, o município de Silva Jardim ocupou o primeiro lugar no *ranking* dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, segundo o aporte de recursos via ICMS Ecológico, e por isso a expressão “Cidade Verde” foi atribuída à localidade (Silva Jardim, 2012).

Capivari: uma moeda social

Em 2010, o município de Silva Jardim criou a primeira moeda social do Estado do Rio de Janeiro: o capivari⁷⁴.

A operacionalização do projeto ficou a cargo do Banco Comunitário Capivari (BBC), que tem a função de emitir a moeda, realizar o trabalho de “câmbio” e oferecer linhas de crédito para pequenos empreendedores. Dessa forma, a iniciativa visa fomentar a circulação de recursos financeiros e promover o desenvolvimento local.

As notas de capivari são trocadas por reais, correspondendo ao mesmo valor. No entanto, quem realiza compras dentro de Silva Jardim com a moeda local ganha descontos que variam de 5% a 30% (Silva Jardim, 2012).

Aspectos socioeconômicos

O município de Silva Jardim ocupou, em 2009, a 83ª posição no *ranking* dos municípios do Estado do Rio de Janeiro segundo PIB *per capita* (CEPERJ, 2011), cujo

II – índice de qualidade ambiental dos recursos hídricos, devendo ficar com 30% do recurso total transferido;

III – coleta e disposição adequada dos resíduos sólidos, item que deve receber 25% do valor total transferido.

⁷⁴ O Banco Comunitário Capivari e a Moeda Social Capivari foram premiados na 4ª edição do Prêmio ODM Brasil: Melhores Práticas para o Desenvolvimento Sustentável”, promovido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) no evento Rio + 20 – Conferência das Nações Unidas Sobre Desenvolvimento Sustentável, realizado de 13 a 22 de junho de 2012 na cidade do Rio de Janeiro, Brasil (Silva Jardim, 2012).

valor (R\$ 8.484,00) era cerca de 25 vezes menor que o do primeiro colocado⁷⁵ e representava menos que um quarto do PIB *per capita* do estado (R\$ 22.103,00).

Concentram-se no setor de serviços as principais atividades econômicas do município (tabela 3). No entanto, apesar de sua importância, este segmento contribui com apenas 0,07% do PIB do estado. A contribuição do setor de agropecuária (0,52%) e indústria (0,02%) também é muito reduzida.

O município conta com pequenas indústrias que atuam principalmente nos segmentos de embutidos (linguiças), doces (bananada), tempero (ketchup), polpa de frutas, pescados e couro de jacaré, além do envasamento de palmito pupunha, produção de água mineral, cerâmica, artesanato e calçados (Comperj, 2012). Existe também uma fábrica de grama.⁷⁶

Tabela 3. Participação, por atividade econômica, no valor adicionado bruto de Silva Jardim, RJ, 2009

Localidade	Produto Interno Bruto				
	Valor Adicionado Bruto (1000 R\$)	Participação das atividades econômicas (%)			
		Agropecuária	Indústria	Serviços (1)	Administração Pública
RJ	301.539.436	0,49	26,35	73,16	18,80
Silva Jardim	174.289	4,42	9,76	85,82	52,26

(1) A atividade econômica Serviços inclui a Administração Pública. Fonte: CEPERJ (2012).

Segundo dados do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ, 2011), o município de Silva Jardim apresentou de 2004 a 2009 os menores valores de PIB *per capita* entre municípios situados na mesma área geográfica analisada. Em 2010, a receita total do município foi de R\$ 77,9 milhões, a 47ª do Estado do Rio de Janeiro. A máquina administrativa compromete 86% da receita corrente. Sua autonomia financeira é de 5,9% e seu esforço tributário alcançou 5,0% da receita total. A carga tributária *per capita* de R\$ 180,69 é a 39ª do estado (excluindo a capital), sendo R\$ 22,17 em IPTU (56ª posição) e R\$ 139,64 em ISS (28º lugar).

No mesmo ano, as transferências da União, do estado e das participações governamentais significaram 85% das receitas totais. Destas, 34% foram obtidas a partir

⁷⁵ Porto Real, Quissamã e São João da Barra ocupam as primeiras posições no *ranking* dos municípios do Estado do Rio de Janeiro segundo PBI *per capita* de 2009 (CEPERJ, 2011).

⁷⁶ Diário de campo, Silva Jardim, 28/03/2012.

da atividade petrolífera, que rendeu ao município um montante de R\$ 1.228,59 por habitante no ano de 2010, décima colocação no estado.

O baixo desenvolvimento econômico do município de Silva Jardim incide nos indicadores sociais, que são desfavoráveis quando comparados ao conjunto de municípios do Estado do Rio de Janeiro (quadro 12).

Quadro 12. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e Índice de Exclusão Social (IES) em Silva Jardim, RJ e Brasil, 2000

Região	IDH		IES	
	Valor	Ranking na UF	Valor	Ranking na UF
Silva Jardim	0,730	75	0,440	89
Rio de Janeiro (UF)	0,802		0,694	-
Brasil	0,757		-	-

Fonte: PNUD (2003); Pochmann (2004).

Aspectos sócio-demográficos

A população residente no município de Silva Jardim aumentou ao longo dos anos de 1980 a 2000, mantendo-se relativamente estável na última década. Entre os censos populacionais de 1991 e 2000, verificou-se um incremento de 84 pessoas residentes no município, o que evidencia uma tendência à estabilização ou diminuição do número de habitantes. O censo de 2010 encontrou em Silva Jardim 21.349 habitantes, 0,13% da população total do estado (tabelas 4 e 5).

Tabela 4. População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e sexo, e razão de sexo Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	População residente					Razão de sexo (%)
	Total	Distribuição percentual (%)				
		Situação do domicílio		Sexo		
		Urbana	Rural	Homem	Mulher	
Silva Jardim	21.349	75,5	24,5	50,6	49,4	102,6
Rio de Janeiro	15.989.929	96,7	3,3	47,7	52,3	91,2
Brasil	190.755.799	84,4	15,6	49,0	51,0	96,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Tabela 5. População residente, total e respectiva distribuição percentual, por situação do domicílio e grupos de idade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	População residente						
	Total	Distribuição percentual, por grupos de idade (%)					
		0 a 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos ou mais
Silva Jardim	21.349	8,8	16,7	16,8	23,4	23,0	11,3
Rio de Janeiro	15.989.929	7,5	13,7	16,1	24,3	25,5	13,0
Brasil	190.755.799	8,8	15,3	18,0	24,5	22,7	10,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Silva Jardim é um município de pequeno porte, com a maior parte de seus habitantes jovem e vivendo em zona urbana. Apesar disso, tem proporcionalmente mais habitantes em zona rural do que Estado do Rio de Janeiro e o Brasil. Cerca de 60% da população é natural do próprio município, e a maioria dos emigrantes é oriunda do próprio estado (91,9%), segundo o IBGE (2010).

Rendimentos

Segundo dados do Censo Demográfico do IBGE (2010), o valor médio do rendimento mensal total domiciliar *per capita* dos residentes de Silva Jardim é menor que um salário mínimo,⁷⁷ correspondendo a R\$439,00. Este valor é menor do que a média estadual (R\$ 861,00) e do país (R\$ 668,00). Nota-se ainda que mais da metade da população de dez anos ou mais que vive em zona urbana tem rendimento mensal *per capita* menor que R\$ 325,00, e na zona rural esse valor tende a ser inferior a R\$222,00.

Os baixos valores de rendimentos no município determinam que mais de 20% da população de Silva Jardim seja pobre, com renda mensal domiciliar *per capita* inferior a meio salário mínimo, dado similar ao índice de pobreza no território nacional e quase o dobro do verificado no Estado do Rio de Janeiro.

⁷⁷ Em 2010, período referente à realização do Censo, o valor do salário mínimo era de R\$ 510,00 (Lei nº 12.255, de 15 de junho de 2010).

Trabalho e Emprego

Segundo o Censo de 2010 do IBGE, cerca de 88% (8.732 pessoas) dos residentes de Silva Jardim em idade produtiva estavam ocupados na semana de referência do inquérito. Na tabela 6, a seguir, encontram-se os tipos de ocupação exercidas e a distribuição dos ocupados por posição na ocupação do trabalho principal.

Tabela 6. Distribuição de pessoas de dez anos ou mais de idade por condição de atividade e de ocupação na semana de referência e ocupados por posição e categoria do emprego no trabalho principal, Silva Jardim, RJ, 2010

Variável	Segmento	%
Condição de atividade e de ocupação	Economicamente ativas	54,7
	Economicamente ativas – ocupadas	48,3
	Economicamente ativas – desocupadas	6,3
	Não economicamente ativas	45,3
	Total*	100,0
Posição e categoria de emprego dos ocupados no trabalho principal	Empregados	77,2
	Com carteira de trabalho assinada	38,8
	Sem carteira de trabalho assinada	29,1
	Militares e funcionários públicos estatutários	9,3
	Conta própria	15,8
	Empregadores	1,1
	Não remunerados	2,0
	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	3,9
Total**	100,0	

*n=18.061 pessoas; **n= 8.732 pessoas. Nota: Ocupados - indivíduos com ocupação econômica remunerada, em dinheiro, produto ou outras formas não-monetárias na semana anterior à da entrevista.

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

Cerca de 60% desses trabalhadores tem remuneração máxima de dois salários mínimos e a maioria (64,3%) não possui instrução ou apenas o ensino fundamental completo. As principais atividades que absorvem mais de 60% desses trabalhadores são: agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura; construção; serviços domésticos; comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas; administração pública, defesa e seguridade social. Nota-se ainda que 65% dos trabalhadores ocupados desenvolvem suas atividades laborativas fora do município (IBGE, 2013).

Aspectos Educacionais

O percentual de pessoas de 15 anos ou mais que sabe ler e escrever teve aumento progressivo desde 1991 até o último censo do IBGE, em 2010 (tabela 7). No entanto, notam-se ainda importantes desigualdades, visto que entre os residentes do município a taxa de analfabetos conserva-se quase duas vezes maior na população preta (19,7%) do que na branca (10,0%).

Tabela 7. Distribuição das pessoas de 15 anos ou mais de idade segundo percentual de alfabetização, Silva Jardim, RJ, 1991 a 2010

Ano	Alfabetizados	Não alfabetizados	Total
1991	67,53	32,47	100,00
2000	80,31	19,69	100,00
2010	86,70	13,30	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Apesar de o analfabetismo ter sido reduzido no município na última década, verificam-se ainda taxas bastante elevadas, especialmente entre os estratos maiores de 25 anos, quando comparados ao resto do estado, sendo 11,5% no grupo etário de 25 a 59 anos e 49,4% entre maiores de 60 anos, enquanto no Estado de Rio de Janeiro, para as mesmas faixas etárias, foram verificados os percentuais de 3,3% e 11,7%, respectivamente (IBGE, 2010).

Os dados a seguir mostram as características das pessoas que frequentam escola ou creche entre os residentes do município de Silva Jardim (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição da população residente por frequência, tipo de curso e local da escola ou creche na rede de ensino, Silva Jardim, RJ, 2010

Variável	Estrato/classe	% dos residentes*	% dos que frequentam escola ou creche**
Idade	0 a 3	5,9	4,4
	4 a 5	2,7	8,5
	6	1,5	4,5
	7 a 14	15,3	46,9
	15 a 17	5,6	15,9
	18 a 19	3,3	6,7
	20 a 24	7,9	2,3
	25 ou mais	57,7	10,7
	Total	100,0	100,0
Tipo de Curso	Creche	0,7	2,3
	Pré-escola	4,0	12,4
	Classe de alfabetização	2,4	7,5
	Alfabetização de jovens e adultos	0,7	2,1
	Fundamental	19,7	61,0
	Médio	3,9	12,2
	Superior de graduação	0,7	2,1
	Especialização de nível superior, mestrado ou doutorado	0,1	0,2
	Total	100,0	100,0

* n= 21.349 pessoas.

** n= 6.884 pessoas.

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

Dos que frequentam escola ou creche, cerca de 95% estavam na rede pública de ensino, sendo a grande maioria inserida na rede disponível no próprio município; 9,5% frequentam a rede de ensino, pública ou privada, em outro município.

Ressalta-se que mais de 10% da população residente em Silva Jardim nunca frequentou qualquer instituição de ensino. Essa desigualdade no acesso à escolarização pode ser responsável pelo grande número de lares com pessoas analfabetas. Observou-se, entretanto, uma melhora neste indicador na última década, especialmente entre domicílios com saneamento inadequado (tabela 9).

Tabela 9. Proporção de crianças de 0 a 5 anos de idade residentes em domicílios particulares permanentes segundo alfabetização do responsável ou cônjuge e saneamento inadequado., Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2000 e 2010

Característica do domicílio	2000 (%)	2010 (%)
Com responsável ou cônjuge analfabeto	27,8	13,0
Com saneamento inadequado	18,3	7,3
Com responsável ou cônjuge analfabeto e saneamento inadequado	8,7	1,3

*Obs.: Total de 6.713 domicílios, sendo 5.063 em zona urbana e 1.650 em zona rural.

Nota: Saneamento inadequado: domicílios que não possuem nenhuma forma de saneamento adequada (rede geral de esgoto ou fossa séptica, abastecidos por rede geral de água e com lixo coletado direta ou indiretamente por serviço de limpeza).

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

Oferta e qualidade da educação em Silva Jardim

Segundo Relatório do TCE-RJ (2011: 21), “o quadro educacional do Brasil, do Estado do Rio de Janeiro e de cada município fluminense é constante objeto de preocupação de gestores e analistas de políticas públicas”. O TCE-RJ destaca que estudos socioeconômicos relacionados a indicadores de saúde, educação e mercado de trabalho apontam ainda para uma piora da situação do Rio de Janeiro em relação à outras unidades da federação. Este é um fator extremamente preocupante quando se busca analisar a situação do município de Silva Jardim, visto que a localidade situa-se nas piores posições do *ranking* estadual no que concerne a tais aspectos.

Uma importante avaliação da qualidade da educação no Estado do Rio de Janeiro é realizada por meio do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB),⁷⁸ que revela que a *performance* do município de Silva Jardim piorou progressivamente ao longo das três avaliações do IDEB nos anos de 2005, 2007 e 2009 (quadro 13).

⁷⁸ Segundo o TCE-RJ (2011: 24), trata-se de um indicador sintético de qualidade educacional que combina dois indicadores usualmente utilizados para monitorar nosso sistema de ensino: desempenho em exames padronizados e rendimento escolar (taxa média de aprovação dos estudantes na etapa de ensino).

Quadro 13. Notas médias e variação do IDEB do Ensino Fundamental na rede municipal e estadual local, Silva Jardim, RJ, 2005 a 2009

Rede	Período	IDEB 2005	Ranking 2005	IDEB 2007	Ranking 2007	IDE B 2009	Ranking 2005	Meta IDEB 2009	Atingiu a meta 2009?
municipal	Anos iniciais	3,9	35° entre 88 avaliados	3,7	73° entre 91 avaliados	3,6	85° entre 91 avaliados	4,3	Não
	Anos finais	4,0	13° entre 73 avaliados	2,9	75° entre 83 avaliados	3,3	67° entre 80 avaliados	4,2	Não
Estadual	Anos iniciais	4,4	27° entre 71 avaliados	-	Não avaliada	-	Não avaliada	4,7	Não
	Anos finais	3,7	35° entre 90 avaliados	3,3	36° entre 90 avaliados	2,9	76° entre 90 avaliados	3,8	Não

Fonte: TCE-RJ, 2011: 24

Entre os problemas no quadro educacional do município, ressaltam-se: baixo rendimento dos estudantes nas provas de proficiência de cada período verificadas por meio da avaliação do IDEB, baixo rendimento escolar, além de distorções série-idade (TCE-RJ, 2011).

5.3 Condições dos domicílios e organização familiar

Os dados do Censo do IBGE (2010) sobre os domicílios urbanos revelam algumas características importantes do território acerca das vulnerabilidades habitacionais da população de Silva Jardim. Dos 4.989 domicílios urbanos registrados, observou-se que: cerca de 66% não possuíam identificação de logradouro; quase 50% estavam em áreas sem pavimentação ou meio-fio e 95% em localidades com esgoto a céu aberto. Por outro lado, não havia lixo acumulado nos logradouros de 99,4% destes e 65% eram privilegiados pela existência de arborização.

A maioria dos domicílios de Silva Jardim é habitada por famílias nucleares, compostas geralmente por casal com filhos (tabela 10). Verifica-se que 76% dos domicílios são próprios; 15%, alugados; e 9,5%, cedidos. Em cerca de 80% dos domicílios há um único responsável.

Tabela 10. Distribuição percentual dos domicílios* segundo organização e composição da unidade familiar, Silva Jardim, RJ, 2010

Tipo de organização domiciliar (%)	Categorias	Percentual (%)
Nuclear (66,59%)	Unipessoais	15,1
	Casal sem filho(s)	22,8
	Casal com filho(s)	61,0
	Homem com filho(s)	1,9
	Mulher com filho(s)	14,3
	Total	100
Estendida (16,80%)	Casal sem filho(s) com outro(s) parente(s)	13,9
	Casal sem filho(s) com outro(s) parente(s)	41,6
	Homem com filho(s) e outro(s) parente(s)	4,7
	Mulher com filho(s) e outro(s) parente(s)	25,7
	Total	100
Composta (16,61%)	Casal sem filho(s) com não parente(s) e com ou sem outro(s) parente(s)	14,6
	Casal com filho(s) com não parente(s) e com ou sem outro(s) parente(s)	36,9
	Homem com filho(s) com não parente(s) e com ou sem outro(s) parente(s)	1,9
	Mulher com filho(s) com não parente(s) e com ou sem outro(s) parente(s)	17,5
	Total	100

Obs.: Dos 6713 domicílios, 4470 unidades eram do tipo nuclear; 1128 tipo estendida e 103 tipo composta.
 Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

As características desses domicílios podem ser verificadas na tabela 11.

Tabela 11. Distribuição dos domicílios permanentes por número de cômodos e dormitórios e por tipo de bens duráveis existentes, Silva Jardim, RJ, 2010

Variável	Tipo/Quantidade (n)	% domicílios
Cômodos	1 a 2	2,7
	3 a 4	26,8
	5 a 6	55,9
	7 ou mais	14,6
Dormitórios	1	34,5
	2	47,9
	3	15,7
	4 ou mais	1,8
Total		100,0
Bem durável	Microcomputador - com acesso à internet	8,5
	Microcomputador	18,9
	Motocicleta para uso particular	23,3
	Automóvel para uso particular	29,4
	Máquina de lavar roupa	40,8
	Rádio	79,3
	Telefone ¹	84,4
	Televisão	93,0
	Geladeira	93,9
Total		100,0

* Total: 6718 domicílios. ¹Sendo que em 63,2% dos domicílios havia apenas telefone celular.

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

Saneamento básico

Saneamento é um importante determinante social associado às condições de vida e saúde da população. Apesar do consenso sobre sua importância, ainda constitui um desafio em diferentes localidades do Brasil, a exemplo do município de Silva Jardim, onde a maioria dos domicílios não dispõe de saneamento adequado (tabela 12) e quase um em cada quatro não possui água canalizada (tabela 13).

Tabela 12. Distribuição percentual dos domicílios particulares permanentes* por tipo de saneamento, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2010

Tipo de saneamento	Rural	Urbano	Total
Adequado ^a	1,8	43,6	33,3
Semi-adequado ^b	56,3	55,9	58,2
Inadequado ^c	32,9	0,6	8,5

*Total de 6.713 domicílios, sendo 5.063 em zona urbana e 1.650 em zona rural.

^a Adequado: domicílios ligados à rede geral de esgoto ou fossa séptica, abastecidos por rede geral de água e com lixo coletado direta ou indiretamente por serviço de limpeza. ^b Semiadequado: domicílios que possuem pelo menos uma forma de saneamento adequada. ^c Inadequado: domicílios que não possuem nenhuma forma de saneamento adequado.

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

Tabela 13. Distribuição dos domicílios permanentes segundo abastecimento de água canalizada no domicílio, terreno ou propriedade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2010

Água canalizada	Forma de abastecimento	Tipo de abastecimento de água	Número de domicílios
No domicílio	Rede geral	Tinha em pelo menos um cômodo	41,5
	Outra forma	Tinha em pelo menos um cômodo	34,1
		Tinha no domicílio	77,1
	Total	Tinha em pelo menos um cômodo	75,6
No terreno ou propriedade	Rede geral de abastecimento		23,0
	Outra forma de abastecimento		77,0
	Total		100,0
Não tinha abastecimento			22,9
Total			100,0

Total: 6718 domicílios.

Fonte : IBGE, Censo Demográfico 2010.

5.4 Sistema Local de Saúde

O município de Silva Jardim conta com 19 estabelecimentos públicos de saúde. Na atenção básica, verificam-se 14 unidades básicas de saúde (unidades e módulos de Saúde da Família, detalhadas no tópico a seguir), um Centro de Vigilância em Saúde e até 2010 havia a Unidade Central de Saúde Alfredo Becker, um ambulatório especializado sob gestão estadual. Como, na prática, a maior parte da assistência era assumida pela gestão municipal, em 2011 o município assumiu completamente a gestão da unidade, iniciou uma reforma no serviço e transferiu o ambulatório de especialidades para a Policlínica Municipal Aguinaldo de Moraes (PMAM), que oferta os seguintes

serviços: imunização, triagem neonatal, ginecologia, neurologia, odontologia, oftalmologia, cardiologia, gastroenterologia e pediatria.

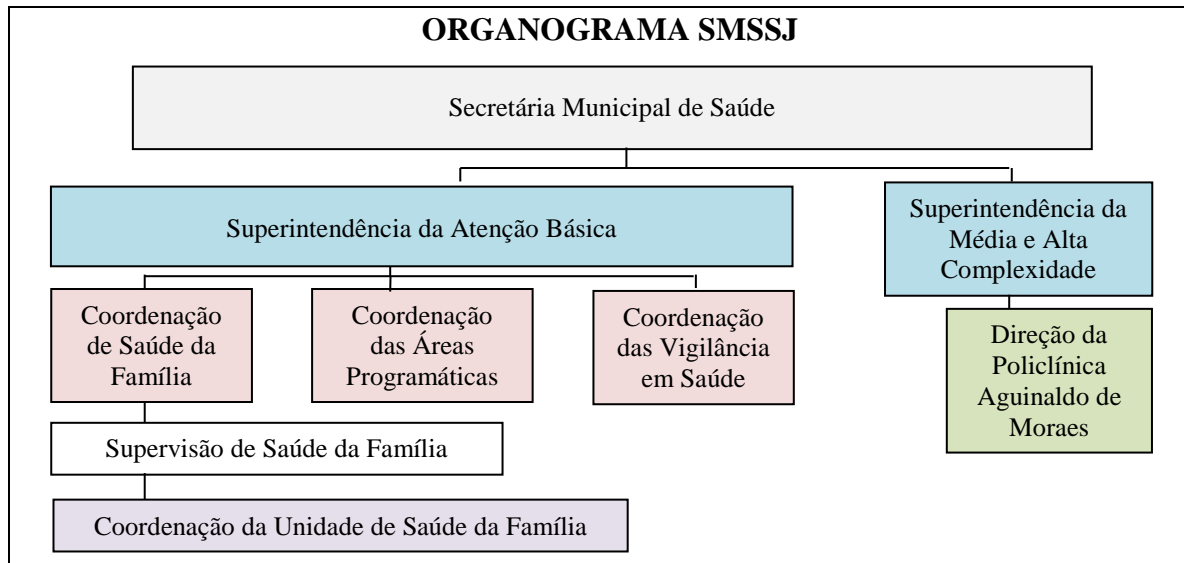
A atenção de média complexidade é oferecida na PMAM. Atualmente, este serviço dispõe das especialidades supracitadas, além de exames de imagem (raio X e ultrassonografia); laboratório de análises clínicas, serviço de pronto-atendimento e atendimento em serviço social. Este serviço realiza ainda atendimento hospitalar de média complexidade, com 16 leitos de internação, sendo seis em clínica médica, quatro obstétricos e seis pediátricos. No entanto, como não dispõe de centro cirúrgico, não são realizados partos no serviço.

Há um obstetra concursado pela prefeitura e residente no município, que de 2006 a 2011 ficava em regime de plantão de “sobrevivo” para receber as gestantes em trabalho de parto na Policlínica e encaminhá-las para outro município (Hospital Regional Darcy Vargas, em Rio Bonito). Quando a gestante estava em período expulsivo, o parto era realizado pelo obstetra na Policlínica. De 2006 a 2011, foram realizados cerca de 50 partos nessas condições.

O município conta ainda com duas equipes de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e duas unidades móveis para atendimento, sendo uma para atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência. Desde 2012, possui também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Residência Terapêutica, onde moram seis pessoas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Silva Jardim (SMSSJ) funciona no mesmo Prédio da Policlínica. Lá ficam localizadas as salas do secretário e subsecretário de Saúde, a Superintendência da Atenção Básica e da Média e Alta Complexidade, além da Coordenação de Saúde da Família, o Fundo Municipal de Saúde e as coordenações das Áreas Programáticas. Em 2011, a SMSSJ possuía o seguinte organograma:

Figura 2. Organograma da SMSSJ em 2011



Os cargos de superintendente da Atenção Básica e coordenador de Saúde da Família têm sido ocupados pela mesma pessoa; portanto, apesar de se apresentarem em posições hierárquicas distintas, na prática, esses cargos remetem ao mesmo nível de poder decisório. Além disso, o coordenador das Unidades de Saúde da Família, na maioria das vezes, se reportava diretamente ao superintendente da Atenção Básica/coordenador de Saúde da Família; o supervisor era mais um mediador na relação entre as demandas da Coordenação da Saúde da Família para as unidades.

Segundo o Relatório de Gestão do município de 2011⁷⁹ (SARGSUS, 2013), em 2010, o quadro de profissionais de saúde era composto por 20 cargos comissionados, um celetista, 220 contratos por tempo indeterminado e 248 estatutários. Ou seja, quase metade (45%) dos servidores eram contratados. Este dado foi utilizado no relatório para justificar a necessidade de realização concurso público no município. No final de 2011, foi realizado concurso público que causou grande descontentamento entre os trabalhadores não-efetivos, especialmente na Saúde da Família. Como não houve prova de títulos, o tempo de trabalho dos profissionais que já desempenhavam funções nas unidades e tinham desenvolvido vínculos com a equipe e com a população adscrita não

⁷⁹ O Sistema de Apoio à Gestão no SUS (SARGSUS) foi disponibilizado para estados e municípios, em caráter não obrigatório, em março de 2010.

foi considerado no processo de pontuação do candidato. Com isso, muitos ACS que já trabalhavam em suas respectivas áreas adscritas foram substituídos.

O município de Silva Jardim aderiu ao Pacto pela Saúde em 2010,⁸⁰ sendo o Termo de Compromisso de Gestão homologado na Comissão Intergestora Tripartite em 05/2011. Assim, os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes foram substituídos por uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) com o estabelecimento de metas e compromissos para oferta da assistência à saúde.

Segundo o PDR e a PPI do Estado do Rio de Janeiro, Silva Jardim faz parte da Região Metropolitana II (Módulo Assistencial METRO II.4.1), configurando uma rede assistencial específica para referência de média e alta complexidade.

Em 2011, os procedimentos de mamografia (realizados na Lagos Scan, uma empresa privada) e tomografia eletivas eram realizadas em Araruama (hospitais estaduais Roberto Charbo e Azevedo Lima). As situações de urgência eram encaminhadas para o Rio de Janeiro⁸¹ (Centro de Medicina Nuclear Guanabara, empresa privada). A Rede de Referência para Sangue e Hemoderivados, além da Terapia Renal Substitutiva estava localizada em Rio Bonito (Centro Municipal de Hemoterapia Dr. Edson José da Silva).

Os partos constituíam o grande nó-crítico da média complexidade. Segundo o PDR, as gestantes deveriam ser encaminhadas para o Rio de Janeiro, mas não havia detalhamento sobre o número de vagas nem sobre o serviço de referência. Além das dificuldades para obtenção da assistência obstétrica na capital, a distância do Rio de Janeiro a Silva Jardim não favorecia tal encaminhamento. Ademais, os usuários tinham experiência em a rede obstétrica dos municípios do entorno, pois entendia-se que os serviços da capital estavam muito distantes de Silva Jardim.

Durante o trabalho de campo, obtivemos relatos de que era mais comum que as gestantes procurassem, por conta própria, a assistência obstétrica nas cidades de São Vicente, Rio Bonito ou Casimiro de Abreu. Segundo os gestores, quando as gestantes procuravam a Policlínica em trabalho de parto, buscava-se assistência obstétrica no

⁸⁰ A [Deliberação CIB-RJ nº 1.134, de 09 de dezembro de 2010](#), aprovou o Termo de Adesão ao Pacto pela Saúde do Município de Silva Jardim, em conformidade com a Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e n.º 699/GM, de 30 de março de 2006.

⁸¹ Na pactuação, as tomografias deveriam ser encaminhadas para Hospital de Realengo, mas além das dificuldades para obtenção do serviço, os transtornos gerados aos pacientes em função da distância e do trajeto levaram os gestores a licitem o serviço em um serviço privado.

Hospital Regional Darcy Vargas, em Rio Bonito, ou no Noqueira, em Casimiro de Abreu. Quando o parto estava em período expulsivo, era realizado na própria Policlínica. A assistência neonatal estava sendo referenciada para o Hospital Regional de Araruama, embora esta cidade não integre a mesma região de saúde de Silva Jardim, pois localizava-se na região da Baixada Litorânea. Em função de parcerias entre os gestores e do histórico da procura espontânea da população por tal serviço, havia acordos entre os gestores que viabilizavam, na prática, esta referência. Segundo o PDR, os demais procedimentos de alta complexidade deveriam ser referenciados para Rio de Janeiro. Este cenário de incertezas e acordos não legitimados pelo PDR explica as dificuldades relatadas pela população, especialmente no que tange à assistência obstétrica no município.

Apesar da adesão ao Pacto e da cobertura de 100% da ESF, a análise da situação sanitária do município frente aos eixos prioritários do Pacto pela Vida e os compromissos do Pacto de Gestão do SUS evidenciam importantes desafios ligados a gestão e assistência à saúde no município. Entre estes vale citar: ampliação da oferta de exames preventivos e de mamografia, cura dos casos novos de tuberculose e hanseníase, taxa de internação por AVC, entre outros (SISPACTO, 2011). Vale ressaltar que este quadro reflete, em grande medida, problemas na oferta de serviços de atenção primária em saúde.

No município são desenvolvidas as seguintes ações programáticas: Programa de Nacional de Eliminação da Hanseníase; Programa Nacional de Combate à Tuberculose; Programa de Controle do Tabagismo; Programa Nacional para Prevenção e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais; Programa Nacional de Saúde do Idoso, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA); Programa Nacional de Imunizações; Programa Nacional de Triagem Neonatal; Programa de Controle e Acompanhamento da Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia) e Programa de Saúde do Homem. A coordenação dos programas fica a cargo da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família. Além dessas coordenações, a Superintendência de Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e a Coordenação de Vigilância Alimentar e Nutricional situam-se na Secretaria Municipal de Saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Silva Jardim foi criado em 1991. Apesar de existir há mais de 20 anos, não possui sala própria nem telefone. Os documentos do

conselho ficam localizados na Secretaria de Saúde e tanto a secretária quanto o telefone são os que atendem ao Secretário Municipal de Saúde. Desde sua criação, a presidência do conselho tem sido ocupada pelo Secretário Municipal de Saúde.

Esse cenário reforça os depoimentos de trabalhadores e usuários do SUS de Silva Jardim, sobre as dificuldades para mobilização comunitária, participação e controle social na gestão local do SUS.

Atenção Primária em Saúde

Antecedentes da Implantação da ESF

A Saúde da Família foi implantada no município de Silva Jardim a partir de 1998, com a adesão do município ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, ao Programa de Saúde da Família.

Dado o contexto local de pobreza, insuficiência, desorganização e destruturação da rede de serviços de saúde, além da necessidade de reorientação da assistência à saúde no município – curativista e descontínua –, um grupo de técnicos⁸² indicados pelo prefeito à época assumiu a Secretaria Municipal da Saúde de 1998 a 2000 com a proposta de enfrentar estes problemas por meio da implantação da Saúde da Família.

Os principais argumentos utilizados pelo gestor à época, o médico ginecologista Antônio Santa Rosa, para buscar apoio político para implantação da Saúde da Família foram: a necessidade de expandir a oferta de serviços de saúde a partir da lógica preventivista, mais barata e efetiva do que o modelo curativo vigente; e o aporte de recursos ao município por meio dos incentivos federais da implantação do PACS e PSF.

Segundo depoimentos, como a implantação envolvia o aporte de recursos financeiros e a mobilização de diferentes secretarias para construção e reforma de unidades básicas de saúde, não houve resistência ao projeto, como destacam relatos de profissionais que participaram da implantação. Isso porque, além de nenhum político daquela gestão se opor a uma proposta de expansão da assistência à saúde no município, alguns atores envolvidos no processo vislumbravam ganhos pessoais com a realização de licitações para a compra de material para implantação das unidades, construção e/ou reforma das antigas. No período, o município contava com uma população de 19.203

⁸² O grupo era formado pelo médico ginecologista Antônio Santa Rosa, a enfermeira Teresa Abraão e o médico sanitário Carlos Arani.

habitantes, mas possuía apenas seis postos de saúde equipados precariamente: Gaviões, Imbaú, Aldeia Velha Bananeiras, Varginha e o Centro de Saúde Alfredo Becker – à época sob gestão estadual. Estas unidades estavam dispostas nas áreas mais distantes e isoladas do município e ofereciam serviços básicos, como vacinas em dias agendados, consultas médicas com especialistas em alguns dias do mês e outros serviços mais simples como realização de curativos e retirada de pontos.

O projeto de implantação do PSF no município, apresentado pela Secretaria de Saúde no início de 1998, vislumbrava oferecer cobertura de 100% da população, pois a gestão entendia que além das demandas locais que justificavam o projeto em todo o território, havia no período um ambiente político favorável a sua operacionalização. O gestor à época destacou que havia certa convicção entre os gestores da saúde, de que “era uma oportunidade única” para ampliar a atenção básica no município. No entanto, o primeiro desafio era desenvolver o projeto em um território bastante extenso e com baixa densidade populacional, implantando unidades que adscressem todas as famílias do município.

A recomendação era de que cada Unidade de Saúde da Família fosse responsável por cerca de cinco mil pessoas. Segundo este critério, poderiam ser implantadas no município somente quatro unidades, quando na realidade a demanda era de no mínimo 14 áreas diferentes e muito distantes. Da mesma forma que seria inviável criar 14 unidades, também não seria possível implantar 14 equipes. Assim, foi necessário pensar na implantação de unidades de Saúde da Família em módulos, que compartilhariam a equipe (ACS, médicos e enfermeiros). Cada uma dessas unidades teria um técnico ou auxiliar de enfermagem, além de um ou dois ACS lotados na unidade, enquanto a agenda dos médicos e enfermeiros seria dividida entre diferentes locais.

Dessa forma, além da conversão dos antigos postos de saúde em unidades de Saúde da Família, decidiu-se a implantação de novas unidades, em que a equipe do distrito de Gaviões ficaria também responsável por Pireineus; a de Mato Alto, por Coqueiros; a de Fazenda Brasil, por Lagoa de Juturnaíba; e a de Bananeiras, por Vargem Grande – conformação coincidente com o quadro verificado em 2011. Assim, nenhum profissional ficaria ocioso em função da demanda reduzida, dada a baixa densidade populacional das áreas; os ACS seriam específicos de cada área, portanto residentes no território; e os usuários não teriam que se deslocar para áreas distantes da

sua residência, podendo utilizar um serviço de atenção primária em saúde próximo de sua casa.

Além dos incentivos federais, o município aportou recursos para a reforma e o aluguel de casas para implantação das equipes de Saúde da Família nas 14 áreas, conformando uma estrutura de unidades de Saúde da Família existente em Silva Jardim até o momento da pesquisa. De 1998 a 2000, todas as Unidades e Módulos de Saúde da Família existentes foram equipados, toda a população do território foi cadastrada por meio do preenchimento da Ficha A do programa e em todos os locais havia uma equipe mínima desenvolvendo atividades do PSF, mesmo que compartilhando a equipe com outra unidade.

A maioria das unidades era alugada (casas adaptadas/reformadas pela Prefeitura), com no mínimo dois consultórios (sendo um de ginecologia), sala de vacina, sala de hipodormia (par procedimentos simples e administração de medicação injetável) e recepção. Foram adquiridos materiais de consumo e permanente para todas essas unidades, de modo a oferecer condições estruturais para realização da consulta pré-natal, puericultura, ginecológica e consulta ao adulto. Segundo depoimentos, o investimento total foi de R\$ 140.000,00 à época. O incentivo do Ministério da Saúde foi de apenas R\$ 40.000,00, sendo o restante pago pelo próprio município.

Outro importante desafio do nível local era qualificar equipe técnica para organizar o planejamento e a gestão do programa. Todos os médicos e enfermeiros que atuavam no PSF foram contratados de fora do município, e em relação aos demais profissionais, buscou-se incorporar trabalhadores que já desempenhavam funções na saúde e contratar residentes no município. As dificuldades enfrentadas para qualificar recursos humanos para o programa e, conseqüentemente, os problemas para alimentar o sistema de informação (SIAB) com os dados do PSF, podem justificar as divergências entre as informações do DAB sobre a implantação do programa e os depoimentos obtidos. De acordo com dados do DAB, a implantação de 100% do Programa de Saúde da Família ocorreu somente a partir de 2002, como evidenciado na tabela 14.

Tabela 14. Evolução da Implantação da Saúde da Família. Silva Jardim, RJ, julho de 1998 a março de 2013

Ano*	Agentes Comunitários de Saúde				Equipes de Saúde da Família				Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1**	
	Credenciados pelo MS	Implantados	População coberta		Credenciadas	Implantadas	População coberta		Credenciadas	Implantadas
			No.	%			No.	%		
1998	11	11	6.325	32,9	-	-	-	-	-	-
1999	11	11	6.325	32,9	-	-	-	-	-	-
2000	32	32	18.400	93,4	4	4	13800	70,8	-	-
2001	49	32	18.400	93,4	8	8	21619	100,0	-	-
2002	49	49	21.619	100,0	8	8	21619	100,0	-	-
2003	49	49	21.922	100,0	8	8	21922	100,0	1	1
2004	49	49	22.227	100,0	8	8	22227	100,0	1	1
2005	49	49	22.227	100,0	8	8	22227	100,0	1	0
2006	49	49	23.351	100,0	8	8	22227	100,0	1	1
2007	49	49	23.703	100,0	8	8	23703	100,0	1	1
2008	56	56	23.703	100,0	8	8	23703	100,0	1	1
2009	56	54	22.158	100,0	8	8	22158	100,0	1	1
2010	56	53	22.230	100,0	9	8	22230	100,0	1	1
2011	56	51	21.249	100,0	9	8	21349	100,0	4	4
2012	56	51	21.356	100,0	9	8	21356	100,0	4	4
2013	56	52	21.356	100,0	9	8	21356	100,0	4	4

*Dado referente a dezembro de cada ano. **Compreende um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário.

Fonte DAB (2013).

Segundo depoimentos, outro grande problema enfrentado no âmbito local desde o início da implantação do PSF foi a dificuldade de contratação e fixação de médicos. Os profissionais que se dispunham a trabalhar na Saúde da Família eram jovens, recém-formados e, portanto, com pouca experiência de trabalho em uma realidade de muitas e intensas vulnerabilidades sociais, que demandava intervenções da equipe em todas as áreas: ginecologia, obstetrícia, pediatria, neonatologia, etc. O salário recebido para trabalhar quatro dias da semana no município (visto que um dia era *day-off*) era equivalente ao valor pago na região para realizar dois plantões de 24 horas. Isso fazia com que os profissionais tivessem preferência pelo plantão em lugar do trabalho diário na Saúde da Família, que acabava por comprometer a semana inteira. Além disso, esses profissionais encontravam muitas dificuldades em ampliar/reorientar um trabalho estritamente clínico para outras funções necessárias no âmbito do programa (como a gestão local, o trabalho em equipe, as práticas educativas, etc.).

Outros fatores que também dificultavam a reorientação do trabalho na lógica da APS era a fragilidade dos fluxos de referência, tanto das unidades para a Policlínica quanto para as unidades de assistência de média e alta complexidade dos municípios vizinhos. Apesar de haver transporte para encaminhar os usuários, não havia mecanismos que assegurassem a assistência em outro município. A negociação era feita “caso a caso” entre a Secretaria Municipal de Saúde e os serviços das localidades vizinhas e ficava sempre na dependência da disponibilidade, ou até mesmo de uma certa “boa vontade” de parte dos serviços de saúde, o que aumentava as dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde da população de Silva Jardim.

Quadro atual da Saúde da Família no município

Em 2011, o município de Silva Jardim possuía nove equipes de Saúde da Família credenciadas, oito cadastradas e implantadas, distribuídas em 15 unidades de saúde (unidades e módulos de Saúde da Família e centros de saúde), conforme o quadro 14.

Em função das dimensões territoriais do município, uma mesma equipe de Saúde da Família atua em duas ou três unidades de saúde, sendo apenas uma delas inscrita no SIAB como unidade de Saúde da Família (USF), sendo a(s) outra(s)

considerada(s) módulo(s) de Saúde da Família, cadastradas no CNES como unidades básicas de saúde. Apesar de os módulos possuírem, em termos gerais, a mesma infraestrutura física das USF e um técnico ou auxiliar de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde lotados na unidade, não contam com o trabalho de médicos e enfermeiros todos os dias da semana, apenas em dias agendados. Assim, médicos e enfermeiros possuem uma agenda de trabalho dividida entre a unidade e o(s) módulo(s) a ela vinculado(s).

Duas unidades não possuem sede própria, visto que a Unidade de Saúde da Família do Centro funciona em uma casa alugada e o Módulo de Saúde de Vargem Grande funciona em uma sala cedida pela escola local, onde o atendimento é realizado quinzenalmente pela equipe de Bananeiras.

Em 2012, foi inaugurada a sede da Unidade de Caxito, que funcionava até então em uma casa de três cômodos alugada pela prefeitura e não dispunha de sala de vacinas nem consultório dentário, serviços atualmente disponíveis na nova unidade.

O NASF foi implantado em 2011, onde atuam dois fisioterapeutas, uma nutricionista, uma assistente social, um educador físico e um farmacêutico. Também nesse ano, as Unidades de Boqueirão, Varginha, Aldeia Velha e Imbaú foram incluídas ao Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e segundo depoimentos dos gestores, pretende-se incluir todas as unidades no ano de 2013.

Quadro 14. Caracterização das unidades de saúde e população adscrita, Silva Jardim, Rio de Janeiro, 2011

Zona	Unidade ¹		População	Famílias	ACS (n)	Enfermeiro ²	Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (n)	Médico ²	Auxiliar em Saúde Bucal (n)	Cirurgião Dentista (n)	Outros de nível superior (nº.) cadastrados no CNES
Urbana	Fazenda Brasil	USF	2571	707	5	L	1	F	-	-	1 FS
	Lagoa de Juturnaíba (Rural)	MSF		58	6	L	1	N	-	-	1 AS, 1 FS
	Varginha	USF	2392	701	10	E	2	V	1	1	1
	Centro	USF	4432	1338	7	K	1	A	-	-	1FS, 1 FA e 1 AS
	Boqueirão	USF	2989	841	6	B	1	O	1	1	1 FS
	Cidade Nova	USF	3015	844	3	M	1	T	-	-	1 AS, 1 PS
Rural	Mato Alto	USF	1524	282	2	M	1	T	-	-	1 F
	Coqueiros	CS		188	1	D	1	C	2	3	1 FS
	Imbaú	USF	2316	363	3	S	1	T	1		1 AS, PS
	Caxito	CS		327	3	S	1	T	-	-	1 AS, 1 FS
	Aldeia Velha	USF	2481	382	3	H	2	I	-	1	-
	Vargem Grande ³	MSF		62	1	H	0	I	-	-	
	Bananeiras	CS		148	2	H	1	I	-	-	1FS
	Pirineus ⁴	MSF		82	1	H	1	I	-	-	
Gaviões	MSF	-	115	2	H	1	I	-	-		
TOTAL			21720	6438	51	8	1	8			1FS

Fontes: SIAB (Relatório SSA2 de dezembro e 2011); CNES (2011).

¹USF: Unidade de Saúde da Família registrada no SIAB; CS: Funciona como USF, mas é registrada como Centro de Saúde no CNES (2011); MSF: referenciado pela população como USF, mas constitui um módulo de Saúde da Família sem registro no SIAB ou CNES. ²Utilizamos letras não coincidentes com nome das pessoas, para designar os profissionais que atuavam em cada unidade e evidenciar como o mesmo profissional atua em diferentes unidades. ³Em Vargem Grande o atendimento era realizado em uma igreja local e atualmente é realizado em uma sala na escola local. ⁴Pirineus não está registrado oficialmente, nem no SIAB nem no CNES.

Legenda: FS – Fisioterapeuta; AS – Assistente Social; OS – Psicólogo; FA – Farmacêutico.

Transferências governamentais

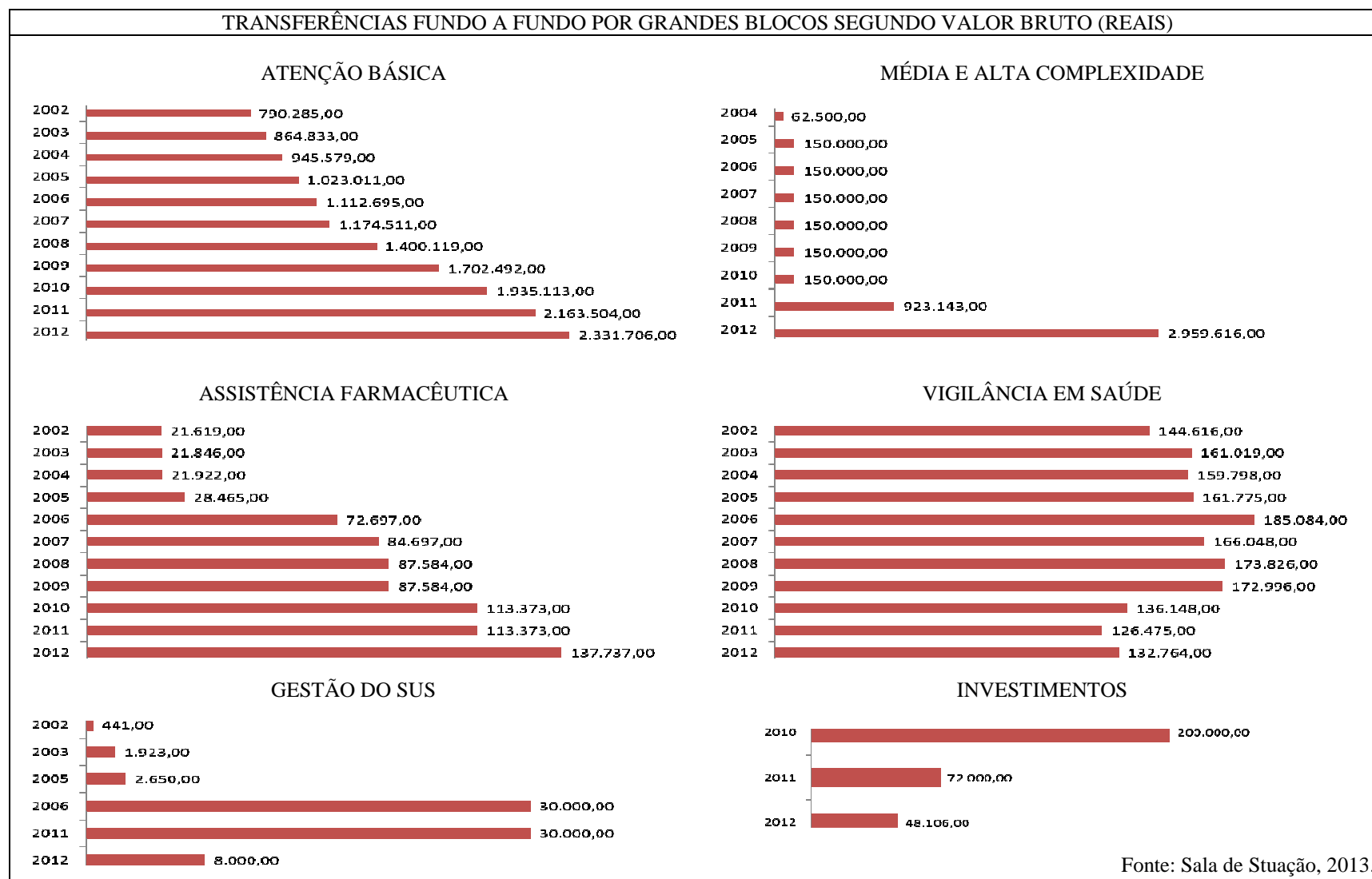
Sobre as transferências governamentais vinculadas ao SUS (figura 3), nota-se um aporte crescente de recursos ao município: 2,5 milhões em 2010; 3,4 milhões em 2011; e 5,6 milhões em 2012. À exceção do ano de 2012, 63% dos recursos tinham origem no bloco da atenção básica (20% do PAB fixo e 80% do PAB variável).

No ano de 2010, o município recebeu R\$ 200.000,00 para investimentos, referentes à implantação de unidades básicas de saúde (Projeto de Construção da USF de Caxito) e em 2011, os recursos recebidos neste item estavam vinculados ao projeto de construção de um Polo de Academia de Saúde.

Em 2011, o recebimento de R\$ 30.000,00 no item “Gestão do SUS” foi um incentivo federal para custeio do CAPS I (R\$ 20.000,00) e serviços de Residência Terapêutica (R\$ 10.000,00). Em relação a média e alta complexidade daquele ano, verifica-se que 16% dos recursos estavam vinculados aos serviços de atendimento móvel às urgências (SAMU) e o restante era oriundo do teto municipal da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Diferentemente dos anos anteriores, em 2012 a média e alta complexidade obteve um aporte maior dos recursos transferidos (quase 60%) e uma composição mais diversificada na vinculação, sendo 5% referentes ao SAMU (apesar de receber o mesmo valor monetário do ano anterior); 51% do teto municipal da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; 9% para aquisição de produtos médicos (de equipamentos médicos e de alguns itens de hotelaria hospitalar na Policlínica nesse período); 0,5% referia-se ao teto municipal da Rede Cegonha; 12%, ao teto municipal da Rede de Urgência; 18%, ao teto municipal da Rede de Urgência Hospitalar; 2%, ao teto municipal das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA); e 3%, ao teto municipal da Rede de Saúde Mental.

Figura 3. Transferências orçamentárias do SUS segundo grandes blocos da assistência em saúde, Silva Jardim, RJ, 2002-2012



Aspectos epidemiológicos

As principais causas de mortalidade para o município de Silva Jardim (tabela 15) são as doenças do aparelho circulatório, que acometem com mais frequência as pessoas de 50 anos ou mais. Seguem-se as doenças do aparelho respiratório, mais frequentes na população idosa acima de 65 anos e as mortes por causas externas, sendo que quase metade das ocorrências se dá na faixa etária de 20 a 49 anos. Entre os menores de cinco anos, destacam-se as afecções no período perinatal, responsáveis por 50% das causas de mortalidade entre os menores de um ano, revelando problemas na assistência pré-natal, obstétrica e neonatal precoce. A seguir estão as doenças infecciosas e parasitárias (16,7%).

Tabela 15. Mortalidade proporcional para todas as faixas etárias segundo grupo de causa – CID 10 em Silva Jardim, RJ, 2008

Grupo de Causas	%
Doenças do aparelho circulatório	33,3
Demais causas definidas	17,5
Doenças do aparelho respiratório	14,2
Causas externas de morbidade e mortalidade	13,3
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10,0
Neoplasias (tumores)	9,2
Algumas afecções originadas no período perinatal	2,5
Total	100,0

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade. DATASUS, 2013.

Segundo o *Caderno de Informações de Saúde* do município de Silva Jardim, no ano de 2008, as principais causas de internação hospitalar entre residentes do município foram: gravidez, parto e puerpério (22,2%, sendo que 70,8% das internações ocorreram na população feminina de 15 a 19 anos); doenças do aparelho circulatório (13,2%); doenças do aparelho respiratório (9,6%, com mais de 50% das internações entre menores de cinco anos); em seguida aparecem as doenças infecciosas e parasitárias junto s doenças do aparelho digestivo (com cerca de 8% das causas de internação, cuja ocorrência se dá em todos os grupos etários).

Os dados epidemiológicos das tabelas 16 e 17 foram obtidos a partir do estudo realizado por Toledo e colaboradores (2008) nos municípios vinculados ao Complexo

Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ). Trata-se de estudo encomendado pela Petrobras sobre a situação epidemiológica dos municípios de maior influência no COMPERJ (Cacheira de Macacu, Guapimirim e Itaboraí), mas que também analisou alguns indicadores dos municípios circunvizinhos pertencentes ao Consórcio Intermunicipal do Leste Fluminense (CONLESTE): Magé, Niterói, São Gonçalo, Maricá, Tanguá, Rio Bonito, Silva Jardim e Casimiro de Abreu. Esses dados permitem analisar as taxas de mortalidade de algumas doenças de relevância epidemiológica no Brasil.

Tabela 16. Série histórica de incidência anual de tuberculose, Aids e Dengue por 100.000 habitantes e taxa anual de hanseníase por 10.000 habitantes, Silva Jardim, municípios do CONLESTE e Estado do Rio de Janeiro, 1996 a 2006

Indicador/Ano	Silva Jardim	CONLESTE	Estado do Rio de Janeiro
Tuberculose			
Incidência Média de 2001 a 2006	38.39	95.07	108.73
Hanseníase			
Detecção Média de 1991 a 2006	1.69	2.24	1.96
Aids			
Incidência Média 1996 a 2006	0.86	19.74	22.20
Dengue			
Incidência Média 1996 a 2006	93.25	430.87	307.27

Fonte: Toledo (2008).

Os dados da tabela 16 revelam que a incidência de tuberculose, Aids e dengue em Silva Jardim tem sido inferior ao verificado em outros municípios do CONLESTE e no Estado do Rio de Janeiro. A taxa de detecção média da hanseníase também foi ligeiramente inferior à do CONLESTE e bastante similar ao verificado para o estado.

Nota-se, a partir dos dados da tabela 17, que a taxa de mortalidade por causas externas no município é superior à média dos municípios do CONLESTE e a segunda maior taxa de mortes em Silva Jardim entre os anos de 1997 e 2006, perdendo apenas para a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório.

Sobre este aspecto, verifica-se que os acidentes de transporte são responsáveis pela elevada mortalidade por causa externas, cujas taxas foram superiores às encontradas nos demais municípios do CONLESTE desde 2000. Este dado se relaciona com as informações obtidas durante o trabalho de campo sobre a ocorrência de mortes

por atropelamento e acidentes de transporte dos residentes de Silva Jardim –município que é recortado por uma importante rodovia do estado, a BR-101.

Tabela 17. Distribuição da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, causas externas, agressões, acidentes de transporte, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e neoplasias, Silva Jardim, CONLESTE, 1997 a 2006

Grupo de doenças	Óbitos		Taxa de mortalidade	
	Série Histórica	1997 a 2005	2006	1997 a 2005
Aparelho Circulatório				
Silva Jardim	303	31	158.76	131.49
CONLESTE	38150	4777	206.84	213.19
Cerebrovasculares				
Silva Jardim	103	9	53.97	38.17
CONLESTE	12796	1378	69.38	61.50
Infarto Agudo do Miocárdio				
Silva Jardim	72	10	37.73	53.16
CONLESTE	9655	1318	52.35	58.82
Causas Externas				
Silva Jardim	184	27	96.41	114.52
CONLESTE	18869	2077	102.30	92.69
Agressões				
Silva Jardim	72	6	37.73	25.45
CONLESTE	8759	907	47.49	40.48
Acidentes de transporte				
Silva Jardim	63	6	33.01	25.45
CONLESTE	3817	436	20.69	19.46
Doenças do aparelho respiratório				
Silva Jardim	100	16	52.40	67.87
CONLESTE	14467	1800	78.44	80.33
Doenças Infecciosas				
Silva Jardim	31	5		16.24
CONLESTE	5842	718		31.67
Neoplasias				
Silva Jardim	-	14	-	59.38
CONLESTE	17952	2372	97.33	105.86

Fonte: Toledo (2008).

* Por cem mil habitantes.

O município tem alcançado coberturas vacinais satisfatórias ao longo da última década. Em 2010, atingiu taxas superiores a 100% de cobertura vacinal administrativa para todos os imunobiológicos do calendário vacinal obrigatório para os menores de um ano e para as vacinas de campanhas, com exceção da Campanha de Vacinação contra Influenza – cuja cobertura foi de 83%, alçando a meta vacinal (Datusus, 2012). Este dado evidencia a importância dos serviços de atenção primária à saúde no município.

5.5 Serviços Sócio-assistenciais

Na Secretaria Municipal de Trabalho, Habitação e Promoção Social (SEMTHPS), localizada em uma casa próxima à Prefeitura, funciona a Coordenação dos Programas Sócio-assistenciais do município, dentre os quais a gestão local do Programa Bolsa Família (PBF). O serviço funciona em uma sala que abriga a equipe que trabalha no cadastramento de usuários (dois funcionários) e uma assistente social. No município estão instalados ainda um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), onde são desenvolvidas diferentes ações sócio-assistenciais (quadro 15).

Quadro 15. Ações sócio-assistenciais desenvolvidas em Silva Jardim, 2011

Ações	Detalhamento
Serviço de Proteção Básica à Família	Capacidade de atendimento: 700 famílias
Serviço de Convivência do Idoso e/ou Criança até 6 anos	Beneficiários: 893 pessoas
Serviço de Equipe volante do CRAS	1 equipe
Projovem Adolescente	5 coletivos (125 vagas)
Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias	86 beneficiários
Ações sócio educativas e de convivência – PETI	67 crianças e adolescentes
Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI e Serviço de Abordagem Social	50 famílias atendidas

Fonte: SENARC, Relatório Sintético de Indicadores Sociais, 2011.

Em 2011, o município possuía 418 beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), sendo 239 idosos e 179 portadores de deficiência. Em fevereiro de 2013, havia 3.892 famílias do município de Silva Jardim inscritas no Cadastro Único, dentre as quais 2.125 com renda *per capita* familiar de até R\$ 70,00; 2.980 com renda *per capita* familiar de até R\$ 140,00; e 3.674 com renda *per capita* até meio salário mínimo (R\$ 339,00) (SENARC, 2013).

Programa Bolsa Família

Assim como em todo o país, notam-se evolução crescente na cobertura do PBF no município de Silva Jardim (tabela 18), e ampliação do controle das condicionalidades de saúde e educação (tabela 19), mecanismo determinante para aumentar o aporte de recursos ao município oriundos da qualificação de mecanismos de gestão ligados a este acompanhamento.

Tabela 18. Informações sobre o PBF segundo número de famílias beneficiárias, cobertura percentual e evolução da cobertura do programa entre famílias com renda *per capita* de até R\$140,00 em Silva Jardim, RJ e Brasil de 2004 a 2012

Ano	Silva Jardim		RJ		Brasil	
	Famílias beneficiárias (Nº.)	Cobertura ¹ (%)	Famílias beneficiárias (Nº. em mil)	Cobertura ¹ (%)	Famílias beneficiárias (Nº. em milhões)	Cobertura ¹ (%)
2004	293	11,6	156,33	19,8	6,56	47,2
2005	691	27,3	302,73	38,3	8,7	62,6
2006	637	25,2	441,67	55,9	10,57	76,0
2007	907	35,8	455,05	57,6	11,04	79,4
2008	1420	56,1	458,38	58,0	10,56	76,0
2009	1902	75,2	658,73	83,4	12,37	89,0
2010	2180	86,2	685,3	86,8	12,78	91,9
2011	2320	91,7	734,5	93,0	13,35	96,0
2012	2530	100,0	789,83	100,0	13,9	100,0

¹Cobertura percentual do programa entre famílias com renda *per capita* de até R\$140,00, segundo estimativa de famílias pobres e extremamente pobres utilizado no perfil de cadastro no CadÚnico elaborado a partir de dados do Censo Demográfico do IBGE (2010).

Fonte: MDS (2013).

Tabela 19. Percentual de acompanhamento das condicionalidades de Saúde e Educação do PBF em Silva Jardim, RJ, 2012

Ano	Saúde (%)	Educação (%)
2004	-	-
2005	0	-
2006	41,1	-
2007	14,2	-
2008	35,7	-
2009	70,3	-
2010	77,4	92,5
2011	77,1	92,5
2012	96,5	92,5

Fonte: MDS (2013).

Segundo dados da SENARC, em abril de 2013, o PBF beneficiou 2.465 famílias, representando uma cobertura de 113,6% da estimativa de famílias pobres no município. Naquele momento, as famílias recebiam um valor médio de R\$ 154,00 e o valor total transferido pelo governo federal em benefícios às famílias atendidas alcançou R\$ 379.618,00 no mês.

Em relação às condicionalidades, o acompanhamento da frequência escolar, com base no bimestre de novembro de 2012, atingiu o percentual de 96,51% (2.352 alunos), para crianças e adolescentes entre seis e 15 anos. Para os jovens entre 16 e 17 anos, o percentual atingido foi de 72%, resultando em 342 jovens acompanhados de um total de 475. E o acompanhamento da saúde das famílias, em dezembro de 2012, atingiu o percentual de 96,52%, equivalente a 2.272 famílias de um total de 2.354 a serem acompanhadas pela área de saúde do município (SENARC, 2013). Em fevereiro de 2013, o município alcançou um IGD-M de 0,9, o que possibilitou um repasse total de R\$ 7.157,09 de um teto de R\$ 10.943,08.

Diante do quadro, argumenta-se que o município de Silva Jardim é uma localidade com uma rica história de organização sócio-territorial e fartos recursos naturais. Apesar disso, é um dos municípios que ocupam as piores posições no *ranking* de indicadores econômicos e sociais do estado. Não por acaso, é uma das localidades mais pobres do Rio de Janeiro, mas por outro, é um dos poucos municípios do estado que apresenta 100% de cobertura da ESF. Portanto, um cenário denso e interessante para realização de um estudo caso sobre as repercussões do PBF e sua influência nas dinâmicas locais de inclusão e exclusão social.

CAPÍTULO VI - AS FAMÍLIAS DE SILVA JARDIM E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Este capítulo visa oferecer um panorama geral das famílias do PBF em Silva Jardim, de modo a subsidiar a compreensão sobre os sujeitos participantes desse programa em âmbito local, bem como apreender algumas características sobre o grupo de entrevistados no estudo. Para tanto, foi dividido em duas partes: na primeira, é apresentado um perfil das famílias beneficiárias e dos recursos financeiros pagos às mesmas pelo PBF no âmbito local, a partir dos dados do Relatório Analítico do SIBEC – Sistema de Benefícios do Cidadão da Caixa Econômica Federal. Na segunda parte, foi realizada uma caracterização dos beneficiários e ex-beneficiários do PBF entrevistados na pesquisa. Para tanto, utilizaram-se o material das entrevistas e, em alguns momentos, informações sobre as famílias beneficiárias entrevistadas obtidas no relatório do SIBEC. Neste capítulo, buscou-se também esclarecer os mecanismos de ingresso no PBF, bem como expressar algumas experiências e visões da pesquisadora sobre o encontro com a realidade pesquisada.

Não se trata necessariamente de um “pano de fundo” para os resultados do estudo, mas do entendimento de algumas características gerais de indivíduos que podem falar do PBF não apenas como um “programa de governo”, mas como um fato concreto do cotidiano familiar. Conhecer essas famílias, ouvir o que dizem e entender o lugar de onde falam torna-se, portanto, mais que um objeto de pesquisa, uma possibilidade de aprendizado.

As famílias do PBF em Silva Jardim

Em dezembro de 2011, o município de Silva Jardim possuía 2.322 titulares beneficiários (ou famílias beneficiárias) do PBF, o que corresponde a 10,9% dos residentes no município, e 3.658 dependentes, todos com benefício liberado (tabelas 20 e 21).

Esses dados indicam que, considerando a população total estimada pelo Censo (IBGE, 2010), 28% da população do município estava vinculada e era beneficiada pelo programa, visto que titulares e dependentes somavam 5.980 pessoas. Em dezembro de

2011, duas famílias tiveram seus benefícios suspensos e oito bloqueados. Estas famílias somavam 19 dependentes, todos de 7 a 15 anos.

Tabela 20. Distribuição dos titulares do PBF segundo sexo, situação do domicílio, idade, condição de pobreza e adscrição à Unidade de Saúde da Família, Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011

Variáveis	Classe/Estrato	Percentual (%)
Sexo	Feminino	90,1
	Masculino	9,9
Situação do domicílio	Rural	26,3
	Urbano	73,2
	Não Identificado	0,5
Idade (anos)	17 a 19	0,2
	20 a 29	21,9
	30 a 39	37,1
	40 a 49	23,6
	50 a 59	12,3
	60 a 64	3,1
	≥ 65 anos	1,8
Renda <i>per capita</i>	≥ R\$70,00	87,6
	> R\$ 70,00 até R\$ 140,00	12,4
Unidade de Saúde da Família	Aldeia Velha	1,3
	Bananeiras	2,5
	Boqueirão	14,1
	Caxito	6,8
	Centro	15,2
	Cidade Nova	26,2
	Coqueiros	2,5
	Fazenda Brasil	9,2
	Gaviões	1,5
	Imbaú	4,9
	Lagoa de Juturnaíba	1,1
	Mato Alto	5,2
	Pirineus	0,7
	Vargem Grande	0,0
	Varginha	8,3
Não Identificado	0,5	

Obs.: n = 2.322 famílias beneficiárias.

Fonte: Relatório Analítico, SIBEC, dezembro de 2011.

Tabela 21. Distribuição dos dependentes beneficiários do PBF segundo idade, Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011

Variáveis	Classe/Estrato	Percentual (%)
Idade (anos)	< 1	0,14
	1 a 6	57,14
	7 a 15	8,20
	16 a 17	34,52
Sexo	Feminino	48,4
	Masculino	51,6

Obs.: n=3.658 pessoas

Fonte: Relatório Analítico, SIBEC, dezembro de 2011.

Em relação aos dependentes dos titulares com recurso do PBF liberado, nota-se a presença em média de 1,6 dependente por titular beneficiário. As mulheres beneficiárias têm 3.377 dependentes (92,3%) e os titulares homens, 281 dependentes (7,7%), ou seja, 1,6 e 1,2 dependente por titular, respectivamente.

Entre titulares homens, 26% têm dois ou mais beneficiários dependentes. Entre as mulheres titulares, quase 50% têm dois ou mais dependentes. Isso sugere que em casas de famílias pobres chefiadas por mulheres, que são as titulares do PBF, o número de filhos de sete e 15 anos é maior, visto que a maior parte dos dependentes situa-se nesta faixa etária. O aumento do número de dependentes aumenta a vulnerabilidade social das famílias, portanto, as famílias de mulheres titulares, por serem mais numerosas, estariam expostas a maior vulnerabilidade social. No entanto, é necessário ponderar que nem todos os dependentes elegíveis são beneficiados. Durante o trabalho de campo, foram obtidos relatos de que em uma mesma casa nem todos os possíveis beneficiados recebiam o recurso variável.

Nota-se ainda que 45,4% dos titulares homens ganham menos R\$ 100,00, enquanto entre as mulheres esta proporção é de 25,7%. O aumento do valor recebido estaria associado ao benefício básico ou a um maior número de benefícios variáveis por família segundo sexo. No entanto, parcelas iguais entre ambos os grupos recebem o benefício básico (87%), ou seja, são extremamente pobres. Novamente, o número mais elevado de dependentes entre mulheres titulares pode justificar o diferencial de recursos recebidos por esse grupo.

Sobre os benefícios recebidos

Nenhuma das famílias beneficiárias recebia o teto monetário (R\$ 306,00) do valor de benefícios pagos pelo PBF e apenas oito famílias recebiam o valor mínimo (R\$ 32,00). Muitas famílias recebiam mais de um tipo de benefício, o que configurou a existência de diferentes arranjos na composição e valores monetários recebidos pelas famílias (tabela 22).

Tabela 22. Distribuição dos benefícios liberados pelo PBF às famílias beneficiárias segundo valor total liberado, tipo, competência inicial e composição de benefícios, Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011

Variáveis	Classe/Estrato	Famílias beneficiárias (%)
Valor total liberado (reais)	32 a 38	4,8
	64 a 96	22,8
	102 a 134	52,5
	140 a 166	13,2
	172 a 198	5,1
	204 a 268	1,6
Tipo (básico ou composto)	Básico	87,6
	Composto (variável vinculado a)	
	- Gestantes	0,3
	- Nutrizes	0,1
	- Crianças de 0 a 6 anos	26,7
	- Crianças e adolescentes de 7 a 15 anos	54,1
- Jovens de 16 a 17 anos	3,0	
Tempo de recebimento (anos)	< 1	11,5
	1 a 3	64,9
	4 a 6	17,4
	7 a 8	6,1
Vencimento do Benefício Variável Vinculado a Crianças e Adolescentes*	2011	6,5
	2012 a 2015	29,4
	2016 a 2019	23,1
	2020 a 2023	27,6
	2024 a 2027	13,4
Vencimento do Benefício Variável Vinculado ao Jovem**	2011	55,7
	2012	35,7
	2013	8,6

*Total: 1.876 benefícios

**Total: 70 benefícios

Total: 2.322 famílias beneficiárias.

Nota: O período de vigência varia de acordo com o tipo de benefício. No relatório, era considerada a vigência do benefício na categoria em que estava até dezembro do ano do seu vencimento. Posteriormente, se o beneficiário ainda fosse elegível, era iniciada a contagem para um novo período de vigência. Por exemplo, um benefício variável vinculado a criança e adolescente tem vigência até os 15 anos do beneficiário. A partir daí, inicia-se um novo benefício com vigência dos 16 aos 17 anos: o benefício variável vinculado ao jovem.

A vigência de todos os benefícios ligados a gestantes era até 31/08/2012, e dos ligados a nutrízes, até 31/05/2012.

Valores mais elevados eram recebidos por 50% das famílias de titularidade feminina e 26% de titularidade masculina. Entre as famílias de zona rural, 17% vinham recebendo o benefício pelo período de seis a oito anos, o que ocorria com 10% das residentes em zona urbana. Isto sugere que as famílias de zona rural têm maior vivência de programas assistenciais, em função de sua elegibilidade para este tipo de assistência (por sua condição de pobreza, ou esta parcela ter sido incorporada a partir de outros programas anteriores ao PBF). Verifica-se que a incidência de benefícios básicos liberados para a população de zona rural (89%) é superior aos de zona urbana (83%), o que sugere maior incidência da extrema pobreza.

Os participantes da pesquisa

Dos participantes da pesquisa, 25 eram beneficiários do PBF e seis, ex-beneficiários. A tabela 23 contém informações dos indivíduos entrevistados.

Tabela 23. Caracterização dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012

Variáveis	Classe/Estrato	Beneficiários	Ex-beneficiários
Sexo	Feminino	23	5
	Masculino	2	1
Situação do domicílio	Rural	11	1
	Urbano	14	5
Idade (anos)	20 a 29	8	0
	30 a 39	6	2
	40 a 49	7	2
	50 a 59	2	2
	60 a 64	1	0
	≥ 65 anos	1	0
Renda <i>per capita</i> ¹	< R\$70,00	24	0
	≥ R\$70,00 até R\$140,00	1	2
	≥ R\$140,00	0	2
	Renda não informada	0	2
Unidade de Saúde da Família	Caxito	8	0
	Cidade Nova	10	3
	Imbaú	3	1
	Varginha	4	2
Estado civil	Solteiro	2	1
	Casado	12	1
	Amasiado	8	1
	Separado	3	3
Escolaridade	Analfabeto	2	0
	Sabe ler e escrever	3	2
	Fundamental ou 1º grau incompleto	13	1
	Fundamental ou 1º grau completo	1	3
	Ensino médio ou 2º grau incompleto	3	0
	Ensino médio ou 2º grau incompleto	2	0
	Superior completo	1	0

Continuação...

Tabela 23. Caracterização dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012

Variáveis	Classe/Estrato	Beneficiários	Ex-beneficiários
Cor da pele	Preta	7	3
	Parda	17	1
	Branca	1	2
Religião	Evangélica	13	3
	Católica	3	2
	Nenhuma	9	1
Cidade de nascimento	Alcântara - RJ	1	0
	Araruama - RJ	1	0
	Cachoeira de Macacu - RJ	1	0
	Cambuci - RJ	1	0
	Casimiro de Abreu - RJ	0	1
	Nova Esperança - MG	1	0
	Niterói - RJ	2	1
	Queimados - RJ	1	0
	Rio Bonito - RJ	6	0
	Rio de Janeiro - RJ	1	0
	Silva Jardim - RJ	10	4
Para os que não nasceram no município, tempo de residência em Silva Jardim (anos)	< 1	1	0
	5 a 10	2	0
	10 a 19	4	1
	≥20	7	1

¹ A renda domiciliar *per capita* dos beneficiários foi obtida a partir dos dados das famílias no Relatório Analítico do SIBEC e dos ex-beneficiários foi calculada a partir das declarações dos entrevistados.

As condições dos domicílios estão descritas na tabela 24. Todos os entrevistados declararam que o lixo do domicílio era coletado diretamente pelo serviço de limpeza municipal no mínimo duas vezes por semana. A rede elétrica era a principal forma de iluminação em todas as residências.

Todas as casas das famílias entrevistadas eram de alvenaria. Algumas estavam em condições precárias de conservação e manutenção. Vale destacar que nove residências estavam inacabadas, com as paredes sem emboçar, sem piso ou sem janelas.

Tabela 24. Caracterização dos domicílios dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012

Variáveis	Classe/Estrato	Beneficiários	Ex-beneficiários
Condições dos domicílios	Próprio	17	4
	Cedido	8	2
Número de pessoas residentes	1 a 3	4	2
	4 a 6	17	4
	7 a 9	5	0
Número de cômodos	2 ou 3	5	2
	4 a 6	17	4
	7 a 9	3	1
Número de dormitórios	1	6	3
	2	15	2
	3	3	1
	5	1	0
Fonte da água do domicílio	Rede de abastecimento geral	11	6
	Poço ou nascente na propriedade	11	0
	Poço ou nascente fora da propriedade	3	0

Todos os entrevistados declararam que a água do domicílio atendia às necessidades de suas famílias. No entanto, cinco famílias beneficiárias declararam que necessitavam comprar água mineral para beber, em função da má qualidade da água do poço ou até mesmo por duvidarem da qualidade da água da rede de abastecimento. Essas famílias gastavam de R\$ 20,00 a R\$ 50,00 mensais com a compra de água.

A maioria dos beneficiários entrevistados possuía casa própria (23 famílias); oito moravam em casas cedidas por parentes, por não possuírem condições para arcar com os custos do aluguel. Uma delas mencionou ter um terreno e poupar recursos para a compra do material para a construção da casa própria. Outra estava construindo no mesmo terreno em que morava e no qual residia o resto da família. Outras quatro casas, localizadas no bairro Cidade Nova, haviam sido cedidas pela prefeitura ⁸³.

⁸³ O bairro Cidade Nova era um lixão até meados dos anos 2000, quando foi removido e a área foi urbanizada pela administração pública municipal. Posteriormente, foram construídas casas populares cedidas para a população de baixa renda. Algumas famílias relataram que o processo de regularização da propriedade da residência cedida estava tramitando na prefeitura.

O ingresso no PBF

A maior parte dos beneficiários ingressava no programa a partir de sua participação em outros programas sócio-assistenciais anteriores ao PBF e que foram incorporados ao mesmo, como os Programas de Auxílio Gás, Bolsa Escola e Bolsa Alimentação. O CadÚnico, que reuniu os cadastros dessas famílias, facilitou a migração. Algumas famílias migravam diretamente para o PBF no momento de recadastramento na SEMTHPS, ou no recadastramento itinerante realizado pela equipe da SEMTHPS nas escolas.⁸⁴ Outras realizavam inscrição para o PBF diretamente na SEMTHPS. Com isso, muitas famílias tinham dificuldade para precisar a data de ingresso no PBF e referiam a data em que ingressaram no programa social do qual participavam antes da migração para o PBF.

No quadro 16, que contém informações acerca do ingresso das famílias no PBF, é possível verificar as divergências em relação ao ano de ingresso e tempo de participação no programa, além de dados sobre a forma de ingresso.

⁸⁴ As migrações do Bolsa Escola para o PBF encerraram-se em Silva Jardim em 2006. Com o aprimoramento do CadÚnico e aumento na complexidade de informações requeridas, esse recadastramento itinerante não foi mais realizado desde 2010 (Diário de campo, Silva Jardim, 29/05/2012).

Quadro 16. Distribuição dos beneficiários segundo ano de ingresso, tempo referido de participação no programa, forma de ingresso e fonte de informação sobre o PBF para o ingresso, Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012

Entrevistados	Tempo de participação no programa		Ingresso no PBF		Como ficou sabendo do benefício
	Dado referido	SIBEC*	Forma (I ou R)	Local	
Beneficiários					
E1	5	3	I	SEMTHPS	escola dos filhos
E2	2	2	I	SEMTHPS	vizinhança
E3	7	<1	I	SEMTHPS	vizinhança
E4	1	1	I	SEMTHPS	vizinhança
E7	10	2	R	SEMTHPS	vizinhança
E8	4	6	I	SEMTHPS	vizinhança
E9	1	1	I	SEMTHPS	vizinhança
E10	7	4	I	SEMTHPS	vizinhança
E11	3	4	I	SEMTHPS	vizinhança
E12	5	3	I	SEMTHPS	vizinhança
E13	2	3	I	SEMTHPS	vizinhança
E14	1	4	I	SEMTHPS	Vizinhança
E15	4	3	I	SEMTHPS	Vizinhança
E16	3	4	I	SEMTHPS	escola dos filhos
E18	10	6	R	SEMTHPS	Não sabia
E19	5	2	I	SEMTHPS	Televisão
E20	10	6	R	SEMTHPS	escola dos filhos
E21	4	4	I	SEMTHPS	irmã também beneficiária
E22	4	2	I	SEMTHPS	ACS também beneficiário
E23	10	6	R	Escola	escola dos filhos
E24	2	7	R	Escola	escola dos filhos
E25	4	6	R	Escola	escola dos filhos
E26	Não sabia	9	R	Escola	escola dos filhos
E29	10	6	R	Escola	escola dos filhos
Ex-beneficiários					
E5	2	-	I	Escola	escola dos filhos
E6	2	-	I	SEMTHPS	cunhado beneficiário
E17	Não sabia	-	I	SEMTHPS	vizinhança
E27	Não sabia	-	R	Escola	escola dos filhos
E30	3	-	I	SEMTHPS	vizinhança
E31	1	-	I	SEMTHPS	televisão

Legenda:

I - Inscrição na SEMTHPS: quando o beneficiário realizou o cadastramento para o PBF diretamente na Secretaria por livre iniciativa.

R - Recadastramento na SEMTHPS: quando o beneficiário referiu ter ido à SEMTHPS para recadastramento em algum programa do qual já era beneficiário e passou a receber o PBF, provavelmente por migração.

* Fonte: Depoimentos; Relatório Analítico SIBEC, Caixa Econômica Federal, dezembro de 2011.

Dos 25 entrevistados beneficiários, apenas dois referiram participar do programa por período igual ao verificado por meio dos dados do SIBEC, provavelmente porque o

tempo de participação no programa era relativamente recente, dois e quatro anos, e tais benefícios não se originaram da migração de outros programas para o PBF. Para a maioria dos beneficiários (23 titulares), verificaram-se divergências entre o ano de ingresso no PBF mencionado e o encontrado no SIBEC. Destes, 13 relataram tempo de participação no PBF superior ao verificado no SIBEC. Apenas um beneficiário e dois ex-beneficiários não sabiam informar o ano de ingresso no programa. Para os ex-beneficiários, não era possível verificar a informação declarada nos dados cadastrais do SIBEC, porque essas famílias não constavam no relatório, em função do tempo transcorrido desde o cancelamento.

A maior parte dos entrevistados havia ingressado no PBF por livre iniciativa, portanto, foram em busca de sua inscrição na SEMTHPS (16 beneficiários e 4 ex-beneficiários). Os outros migraram de outros programas para o PBF ao realizarem o recadastramento na SEMTHPS (3 beneficiários) ou na escola (5 beneficiários e 1 ex-beneficiário). Um ex-beneficiário relatou ter realizado sua inscrição para o programa na escola, o que era um relato mais frequente entre usuários dos bairros mais afastados do centro de Silva Jardim, em especial, entre os que residiam em Caxito e Imbaú. A maior parte dos que realizaram a inscrição no PBF ficou sabendo do programa a partir de informações com a vizinhança (12 beneficiários e 3 ex-beneficiários), entre os que fizeram recadastramento na escola, a informação veio da própria instituição (5 beneficiários e 1 ex-beneficiário). Outros meios de divulgação dessa informação eram a propaganda televisionada e informações oferecidas pelo ACS ou parentes.

Os entrevistados tinham como marco temporal de participação no PBF o recebimento do novo cartão e/ou o aumento do montante de recurso do benefício social, mas muitos não tinham clareza sobre os procedimentos institucionais realizados para a migração e de que se tratava de outro programa.⁸⁵ Entre as famílias beneficiárias de outros programas de transferência de renda, os relatos obtidos nas entrevistas sugerem que muitas entendiam que o programa anterior do qual participavam havia se convertido no PBF, um programa do qual recebiam mais recursos que anterior e que incorporava mais pessoas,⁸⁶ comparado àquele do qual participavam.

Pesquisadora: Há quanto tempo a senhora recebe o Bolsa Família?

⁸⁵ Diário de campo. Silva Jardim. 14/03/2012.

⁸⁶ Diário de Campo. Silva Jardim. 07/03/2012.

Entrevistada: Desde que era o Bolsa Escola, né? Aí depois foi para Bolsa Família e estou até hoje. (Entrevista 23).

Entrevistada: É. Tem bastante tempo que eu recebo [...] acho que uns 10 anos. [...] Não, era Bolsa Escola. Eles mudaram lá, sabe? Não foi nem preciso a gente... ir lá mudar não. Eu morava em Niterói, me inscrevi lá para o Bolsa Escola, entendeu? Quando mudei de volta para cá, quando cheguei aqui, falei com a moça lá na Promoção Social [...] Aí ela fez. Uns três meses depois saiu. Não precisou transferir [...] Eles mesmo que resolveram tudo!” (Entrevista 20).

Entrevistada: Mais ou menos dez anos porque meus filhos eram pequenos, era tudo pequenininho, foi quando fiz o Bolsa Família. [...] Era Bolsa Escola. Na época era Bolsa Escola (Entrevista 7).

Por um lado, a criação do PBF significou um alargamento expressivo da seguridade social brasileira no campo da segurança de renda, ainda que existissem contrapartidas (Jacoub, 2007 apud Vaitsman, 2009). Por outro, fora a ampliação da cobertura e o aumento do valor do recurso transferido, as singularidades do PBF frente a outros programas de transferência de renda condicionada, como critérios de elegibilidade, operacionalização e condicionalidades, não eram tão perceptíveis às famílias beneficiárias. Isso limitava o entendimento de que se tratava de outro programa, o que pode ter ocasionado distintos efeitos, como por exemplo, o descumprimento das condicionalidades durante os primeiros anos de vigência do PBF, relatado em alguns estudos (Lindert et al., 2007; Estrella; Ribeiro, 2008).

Nota-se que a escola é um importante cenário para propiciar o ingresso no PBF, tanto pela divulgação de informações sobre o programa, como pelo fato de a SEMTHPS trabalhar em parceria com o setor para viabilizar o cadastro ou recadastramento de beneficiários do programa. Dessa forma, a experiência com o Bolsa Escola e outros programas de transferência de renda prévios foi importante não apenas do ponto de vista da institucionalidade (Vaitsman, 2009), mas também por impulsionar estratégias locais de adscrição de usuários, como recadastramento itinerante realizado pela equipe da Secretaria de Promoção Social nas escolas. Essa atividade era lembrada pela população como fato importante que viabilizou o acesso ao PBF.

Eu fiz na Escola. Todo mundo estava indo ali fazer o recadastramento. Eu levei meus documentos tudo [...] os da menina já estavam lá. (Entrevista 25).

Em um município de grande extensão territorial como Silva Jardim, esta é uma estratégia necessária, dadas as dificuldades de deslocamento da população para o centro

da cidade, onde se localiza a SEMTHPS. Para algumas áreas do município de Silva Jardim, essa distância chega a 35 km, como é o caso do distrito de Aldeia Velha. Entre as dificuldades de deslocamento relatadas pelas famílias, destacavam-se: gastos com a passagem de ônibus, longos intervalos de tempo entre as conduções, longas distâncias entre a residência do entrevistado e o ponto de ônibus (especialmente em zona rural), não ter com quem deixar os filhos, etc.

Muitas famílias relataram receber o benefício do PBF “rapidamente” após a inscrição;⁸⁷ outras disseram esperar por muito tempo, até anos, para se tornarem beneficiárias. Algumas referiram dificuldades para acompanhar o processo de solicitação do PBF e fragilidades no acesso às informações sobre como obter o benefício.

Eu pensei que eu não ia ser beneficiada, nem a minha filha porque eu só tinha ela. E ela estava começando a estudar. E não demorou três meses, chegou. (Entrevista 1).

Eu conversei direitinho lá. E a menina lá falou que era para eu descer para baixo para aguardar [...] Não demorou 5 minutos. Atendeu rápido [...] E depois veio tudo certinho! (Entrevista 2).

Eu não queria fazer não, mas aí falaram, a menina falou: Vamos fazer! É pouquinho, mas serve mais para o menino! [...] Gera muita luta! Tinha que ir lá, tinha que voltar. Era tal dia. Chegava lá, marcava outro dia, aí não era. Aí enjoa a gente, né? [...] Aí passava da hora porque tinha criança pequena para comer, criança não pode passar da hora, né? [...] Aí eu larguei para lá. [...] Agora, depois que nasceu a menina [se referindo a neta], aí ela [se referindo a filha] falou assim: Ah mãe! Vamos lá ver como é que fica! Aí eu falei assim: Vamos! Aí fomos mesmo, aí lá a moça bateu no computador e estava vendo o tempo que eu não panhei. Estava tudo lá, encostado lá. (Entrevista 4).

Apesar de muitos beneficiários atenderem aos pré-requisitos para ingresso no programa, são comuns relatos sobre dificuldades para se tornar beneficiário e queixas relacionadas aos longos trajetos pelos meandros institucionais sem conseguir resolver tal problema (Cohn, 2012). Este tipo de situação ocorreu no caso de dois ex-beneficiários que relataram retornar inúmeras vezes à SEMTPHS e à prefeitura com documentação comprobatória da elegibilidade, mas sem conseguir reaver o recurso do programa.

⁸⁷ Diário de campo. Silva Jardim 06/12/2011; 07/03/2012.

Em algumas experiências locais, a gestão adequada do sistema de informação sobre o PBF apresenta problemas (Lindert et al., 2007; Magalhães et al., 2007). Segundo Magalhães e cols. (2007), os gestores e agentes implementadores do programa muitas vezes desconhecem ou têm informação desigual sobre os motivos que levam as famílias a esperarem por longos períodos para receber o benefício após cadastramento ou suspensão. Este fato gera incertezas e corrobora um sentimento de impotência dos gestores locais e técnicos do programa na resolução adequada das demandas da população.⁸⁸ Esse sentimento foi frequentemente referido pelo técnico do PBF que operacionalizava os sistemas de informação do programa no nível local.

Além das informações oferecidas pela escola para as famílias, outros fatores impulsionaram a livre iniciativa destas pelo PBF, como: i) a exposição midiática do programa nas redes nacionais de comunicação, elemento positivo do PBF descrito por Lindert e Vincensini (2010); ii) a forma de sociabilidade da comunidade, por se tratar de um município pequeno em que as relações estabelecidas de vizinhança frequentes e proximais viabilizava a troca de informações sobre assuntos de interesse da comunidade, além da (iii) partilha da experiência do programa com parentes, vizinhos e amigos.

A partir dos dados do Relatório Analítico do SIBEC (SIBEC, 2011), foi possível verificar que a expansão de cobertura do PBF no município ocorreu especialmente entre os anos de 2008 e 2010 (64,9%). Destaca-se ainda que o município de Silva Jardim alcançou mais de 50% da atual cobertura somente em 2008, enquanto no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil este indicador foi alcançado em 2006 e 2005, respectivamente, segundo dados do SENARC.

A expansão deste tipo de programa tende a ser acompanhada de problemas de focalização (Soares; Sátyro, 2009). A incidência da extrema pobreza em Silva Jardim é elevada, visto que 4% da população têm rendimento domiciliar *per capita* de até R\$ 70,00 e 16,8% de até um quarto do salário mínimo – R\$ 127,50 (IBGE, 2010), valores que garantiriam o ingresso no PBF de 3.350 beneficiários, sendo 854 extremamente pobres. No entanto, o município possuía 2.322 famílias beneficiárias do PBF em dezembro de 2011, sugerindo que 1.028 famílias pobres estariam excluídas indevidamente do programa naquele período. Estas possivelmente se situam na linha de corte estabelecida para a elegibilidade, onde se torna mais difícil controlar erros de

⁸⁸ Diário de campo, Silva Jardim, 06/12/2011; 28/12/2012; 03/02/2012; 24/06/2012.

exclusão indevida (Soares; Satyro, 2009). Por outro lado, 2.034 famílias beneficiárias recebem o benefício básico (SIBEC, 2011), ou seja, são caracterizadas como extremamente pobres, o que levaria a incidência da extrema pobreza à ordem de 9,5% da população do município.

Durante as entrevistas, nos deparamos com situações em que algumas famílias tinham sido excluídas do programa não necessariamente no momento do ingresso, como apontam os estudiosos da focalização (Soares; Sátyro, 2009), mas durante a operacionalização do programa, por descumprimento das condicionalidades, ou por problemas que as diretrizes técnico-operacionais do programa não são capazes de captar como volatilidade de renda ou mudanças nos arranjos familiares.

Em muitas situações, os beneficiários têm sua entrada garantida no PBF, mas não sua permanência, mesmo em situações em que não ocorreram mudanças em sua condição de elegibilidade. Na prática, há famílias pobres e extremamente pobres que não conseguem se beneficiar da transferência de renda federal, o que aprofunda as vulnerabilidades sociais às quais estão expostas e muitas das quais colaboraram para o cancelamento do benefício. Como resultado, aprofunda-se um círculo vicioso de pobreza. Alguns casos de famílias ex-beneficiárias e participantes do estudo ilustram a profundidade do problema.

Na Entrevista 5, a informante era chefe de uma família ex-beneficiária e extremamente pobre, com quatro filhos, que teve o benefício cortado por conta de um aumento transitório da renda domiciliar pouco acima da linha de elegibilidade. Viviam em uma casa de dois cômodos e sobreviviam de doações da igreja e de uma cesta básica mensal oferecida pela SEMTHPS de Silva Jardim. No primeiro cadastro realizado pela família, quando foi reconhecida como elegível, a renda do companheiro não estava contabilizada na renda familiar porque ele não morava com o grupo. No momento do recadastramento, ela não podia ir à SEMTHPS porque estava trabalhando como faxineira. Então ele compareceu ao serviço e declarou seus rendimentos com servente de pedreiro, os quais foram somados na composição da renda da família, elevando a renda domiciliar *per capita* para um valor acima da linha de corte. A família teve seu benefício cancelado e em seguida o casal se separou. Ela ficou sem companheiro, sem renda, com quatro filhos e muitas dificuldades para conseguir reaver seu benefício.

Desde 2009 ele foi cancelado [...] meu ex-marido foi recadastrar, aí pediram tudo. Aí não bateu com a minha renda que fazia faxina, mas eu não tinha carteira assinada. Fui lá procurar saber, aí o rapaz

falou que por causa de 80 centavos a mais [...] Tinha que ser não sei quanto, eu acho que R\$ 100 para cada pessoa da casa e deu 80 centavos a mais, por isso foi cancelado. [...] Eu não achei justo não, porque eu trabalhava mais de faxina, não era uma coisa assim... e eu estava no período da separação. Mas aí depois fui lá recorrer porque tinha que continuar até hoje. Não recebi mais. Tem bastante tempo. Aí hoje ele não mora, não dá pensão para a criança... [...] Falam que agora é muito difícil voltar a receber de novo. Que sempre quando é cancelado assim, para voltar a receber é mais difícil. Mas sempre estou indo lá e fazendo o cadastramento. Aí vou esperar para ver. (Entrevista 5).

Outra família, também monoparental, era composta pela mãe, uma mulher negra, ex-agricultora, que sabia apenas assinar o próprio nome e por seus cinco filhos, com idades de 2, 9, 11,15 e 16 anos. Um filho mais velho, de 18 anos, residia na casa da madrinha. O filho de 16 anos trabalhava fazendo biscates e conseguia R\$ 30,00 por semana, mas, segundo a informante, o dinheiro não era utilizado para ajudar nas despesas da casa. Quando ocorreu o alagamento de algumas áreas para a construção da represa de Juturnaíba, a família teve que migrar para a zona urbana. Viviam em uma casa de três cômodos cedida pela prefeitura e sobreviviam de duas cestas básicas mensais, uma doada pela Igreja católica e outra pela SEMTHPS. A comunidade também fazia doações; a própria ACS da área relatou que fazia doações, dada a precariedade das condições de vida do grupo.

A entrevistada afirmava que o marido morava com ela e ajudava em casa. A ACS, por sua vez, afirmava que ela vivia só com os filhos, que o pai das crianças vivia com outra família no mesmo bairro⁸⁹ e que a família vivia exclusivamente das doações, em função da perda do benefício do PBF. Uma das frases da entrevistada foi: “*o que mais me preocupa é faltar comida!*”. A criança de dois anos tinha uma extensa marca de queimadura nas costas que, segundo a entrevistada, ocorreu por acidente com água quente. O benefício dessa família havia sido cancelado nos quatro meses anteriores à data da entrevista. O motivo era que o filho de 16 anos não queria mais estudar. O descumprimento da condicionalidade da educação levou ao cancelamento do benefício da família.

Ele estudava e eu tirava o meu dinheiro todo mês. Daí parou de estudar, aí eu não pude receber mais. Porque se uma criança faltar, aí não recebe ninguém. Não pode faltar ninguém não. Tem que tá tudo correto. [...] Ele parou de preguiça. À toa, à toa, à toa... Eu não

⁸⁹ Diário de campo, Silva Jardim 13/03/2012; 28/03/2012.

sei por causa de quê. Falava com ele: Vai estudar meu filho! Você tá novo! Não é futuro na vida! Vai estudar porque a pessoa sem estudo hoje em dia não é nada! Ele não quis não. Passei para de noite e nada dele estudar. Não teve jeito. Não quis! Não quis! Não quis! Não quis! [...] Eu disse pra ele: Vai fazer falta mais tarde! Porque eu não posso fazer nada. O que eu posso fazer... corro atrás. [...] Eu trabalho, limpo quintal, pego lenha. Mas você não quer ajudar! Ele parou de estudar e atrapalhou os outros tudo. (Entrevista 17).

Apesar de a entrevistada dizer que o adolescente havia parado de estudar “de preguiça”, “à toa”, o fato poderia estar relacionado com a morte do vizinho de 17 anos, há dois anos, no pátio da mesma escola, por espancamento que segundo relatos no bairro ocorreu por “implicância dos outros garotos com o menino pobre, negro e frágil, que sempre estava doente”. Não foi possível obter mais informações para verificar se havia relação entre a morte do vizinho e a recusa do adolescente em continuar frequentando escola.⁹⁰

A assistente social do PBF lamentava o cancelamento do benefício da família do adolescente que não frequentava mais a escola. Segundo ela, a SEMTHPS fazia o que era possível com recurso próprio: doação de cesta básica e acompanhamento da família. Também afirmou que existiam naquela família diversas vulnerabilidades sociais e que o desinteresse do jovem pela escola era um efeito de muitos outros problemas vivenciados pelo grupo. Nota-se, portanto, o caso de uma família com diversas vulnerabilidades em que as condicionalidades penalizaram toda a família, impedindo que se beneficiassem do programa.

Alguns beneficiários eram insistentes em perseguir o direito ao benefício do PBF em função de sua convicção sobre seus direitos de elegibilidade, e outros por já terem experiências anteriores de participar de programas sociais, o que os estimulava a reivindicar tal direito com mais afinco. Nota-se que 13 beneficiários entrevistados nunca haviam participado de outros programas.

Onze beneficiários do PBF entrevistados também recebiam a cesta básica distribuída mensalmente pela SEMTHPS, ação desenvolvida com recursos próprios da Secretaria.⁹¹ Os beneficiários da “cesta básica”, como é nomeada esta ação, estão vinculados a um cadastro da própria Secretaria, elaborado a partir de demandas da

⁹⁰ Diário de campo. Silva Jardim, 10/04/2012.

⁹¹ O auxílio funeral também era uma ação da SEMTHPS desenvolvida com recursos próprios. No período do trabalho de campo, estavam tentando implantar o auxílio natalidade para oferecer assistência às gestantes. (Diário de campo, Silva Jardim, 24/06/2012).

comunidade e do perfil assistencial das famílias carentes. Neste caso, privilegiam-se famílias com insegurança de renda para a compra de alimentos. A assistente social do PBF destacou que a maior parte dos beneficiários da cesta básica também são beneficiárias do PBF.⁹²

Oito dos beneficiários entrevistados haviam participado do Programa Bolsa Escola; um, do Programa Bolsa Alimentação e Auxílio Leite; dois, do Cheque Cidadão;⁹³ e dois já haviam recebido a cesta básica da SEMTHPS, mas em função do ingresso no PBF não a recebem mais. Dois beneficiários referiram que apesar de tentarem inúmeras vezes participar da “cesta básica”, nunca conseguiram. E um referiu tentar participar do programa federal “Minha Casa, Minha Vida”, também sem sucesso. Os ex-beneficiários também tiveram importante vivência de outros programas sócio-assistenciais. Três dos ex-beneficiários recebiam mensalmente a cesta básica da SEMTHPS e dois haviam participado do Programa Bolsa Escola.

⁹² Diário de campo. Silva Jardim, 24/06/2012.

⁹³ O Programa Compartilhar/Cheque Cidadão foi instituído no Estado do Rio de Janeiro, durante a gestão do então governador Anthony Garotinho (PSB-RJ), por meio do Decreto n° 25.681, de 05/1/1999. Inicialmente esteve vinculados ao Gabinete Civil. Com o Decreto n° 26.127, de 13/04/2000, sua coordenação passou para a Secretaria da Ação Social e Cidadania. Aos beneficiários eram transferidos mensalmente cupons de R\$ 100,00. Estes deveriam ser trocados em estabelecimentos comerciais credenciados pela Associação de Supermercados do Estado do Rio de Janeiro (ASSERJ) por quaisquer produtos alimentícios e de higiene, não podendo ser utilizados para aquisição de bens de consumo duráveis, bebidas alcoólicas, fumo ou derivados. As famílias elegíveis deveriam possuir renda *per capita* inferior a um terço do salário mínimo, ter filhos em idade escolar frequentando a escola, e se possuísem filhos menores de dez anos, estes deveriam estar em dia com o calendário vacinal. O cadastramento para a inclusão no programa era feito por intermédio de instituições assistenciais e religiosas voluntárias, cabendo a estas a responsabilidade de distribuição dos cupons (Bravo, 2002).

CAPÍTULO VII – RESULTADOS

As repercussões do PBF nas dimensões econômica, social, cultural e política: com a palavra, as famílias do PBF

Neste capítulo, são apresentadas as repercussões do PBF a partir das dimensões que compõem os processos de exclusão e inclusão social. Ou seja, trata-se dos resultados do estudo organizados em quatro dimensões de análise: econômica, social, política e cultural (Popay et al., 2008).

A separação das dimensões é apenas um recurso analítico para o estudo dos processos de exclusão e inclusão social, a fim de identificar a dinâmica e suas consequências nos distintos âmbitos da vida social em cujo cotidiano interagem, se sobrepõem e se alteram mutuamente (Escorel, 1999; Popay et al., 2008).

Em cada uma dessas dimensões, procurou-se verificar também os efeitos do programa na coesão social e na produção de equidade em saúde. O recurso analítico permite ainda identificar aspectos do desenho de políticas sociais intersetoriais necessárias ao enfrentamento dos processos excludentes.

7.1 As repercussões do PBF na dimensão econômica

A desigualdade de renda é um componente histórico das relações sociais na América Latina, com repercussões importantes em diversas dimensões da vida. Não por acaso, efeitos de uma política de transferência de renda sobre este componente se tornam um grande feito para uma ação governamental. No caso do PBF, as mudanças promovidas nos indicadores de renda e pobreza adquirem especial importância, porque uma de suas principais metas é a promoção do alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda às famílias.

Desde 2001, o Brasil tem apresentado declínio da desigualdade de renda, com especial redução do hiato de renda e da severidade da pobreza entre os mais pobres.⁹⁴ Em diversos trabalhos, autores atribuem tais efeitos às transformações recentes do

⁹⁴ Apesar da queda na redução da desigualdade medida por meio do Coeficiente de Gini, de 0,625 em 1989 para 0,529, em 2011, vale ponderar que o Brasil ainda figura na lista das nações mais desiguais do mundo, junto com Bolívia, Botsuana, República Centro Africana, Guatemala, Haiti, Lesoto, Namíbia, África do Sul e Zimbábwe (Ferreira et al., 2006; IPEA, 2012; Lavinias, 2012).

mercado de trabalho, como principal componente responsável pelo aumento da renda, e ao recente dinamismo da economia brasileira, somados aos efeitos da implementação de políticas distributivas, em especial o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o PBF (Soares, 2006; Soares et al., 2007a;b; Soares; Sátyro, 2009; IPEA, 2012; Lavinias, 2012).

No entanto, os efeitos verificados em análises econômicas aparecem na fala dos beneficiários de uma política de transferência de renda como o PBF? De que forma? Este tipo de resultado impulsiona a inclusão e a coesão social? E repercute sobre as iniquidades em saúde? A partir desses questionamentos, objetivamos compreender os efeitos do PBF na vida das famílias beneficiárias na dimensão econômica. Para tanto, torna-se necessária uma análise descritiva de aspectos econômicos dos munícipes de Silva Jardim e de elementos verificados entre o grupo de entrevistados durante a coleta de dados. Isto possibilita pensar sobre o tipo de vulnerabilidade econômica que incide sobre essas famílias e, por conseguinte, analisar a dinâmica dos processos de inclusão e exclusão social nesta dimensão. Para realizar esta discussão, foram selecionados alguns eixos de análise, sendo: rendimentos, trabalho e qualificação profissional.

Rendimentos

Apesar de ser um fenômeno multidimensional, a pobreza está intimamente ligada aos processos econômicos, em especial ao mercado de trabalho e aos rendimentos. A insuficiência de renda pode ser considerada a principal característica da pobreza no Brasil (Rocha, 2003). Dessa forma, a renda tem sido o principal ponto de corte para estratificar as populações entre miseráveis (pobreza extrema), pobres e não pobres. Este padrão tem sido aplicado aos programas de transferência de renda condicionada, em especial ao PBF, o qual tem como uma das principais metas o alívio imediato da pobreza na população com renda inferior a R\$ 140,00 *per capita*.

Ao se considerar a renda como ponto de corte para estratificar a pobreza, nota-se que, segundo os dados do IBGE (2010), a incidência da pobreza extrema (renda *per capita* < R\$ 70,00 – padrão adotado pelo PBF) é duas vezes maior em Silva Jardim do que no Estado do Rio de Janeiro. O mesmo ocorre com a população pobre com renda *per capita* de até um quarto do salário mínimo. Nota-se que 46% da população do município situam-se em estratos de renda inferiores a meio salário mínimo *per capita*,

enquanto isso ocorre com 27% da população fluminense. A situação se agrava quando a análise focaliza a população rural, mais pobre do que a população urbana tanto no âmbito do município, quanto comparada às populações rurais do resto do estado (tabela 25).

Tabela 25. População residente e proporção de pessoas por situação do domicílio e classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar *per capita* nominal, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	População residente (n)	Proporção de pessoas residentes, por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal (%)			
		Até R\$ 70,00	Até 1/4 salário mínimo (= R\$127,50)	Até 1/2 salário mínimo (= R\$ 255,00)	Até 60% da mediana - Brasil total (= R\$ 225,0)
Total					
Silva Jardim	19.943	4,0	16,8	45,9	37,2
Rio de Janeiro	15.278.392	1,7	8,1	27,2	20,7
Brasil	182.577.071	6,3	15,7	36,8	30,4
Urbana					
Silva Jardim	15.264	3,6	15,0	41,5	35,8
Rio de Janeiro	14.777.415	1,6	7,8	26,5	21,9
Brasil	154.972.711	3,7	11,5	31,5	27,4
Rural					
Silva Jardim	4.679	5,3	22,7	60,3	14,7
Rio de Janeiro	500.977	3,8	17,6	48,9	10,9
Brasil	27.604.360	20,8	39,0	66,2	31,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Nota: Excluídas pessoas com rendimento mensal total domiciliar *per capita* nominal igual a zero ou indeterminado (IBGE, 2010).

Os valores medianos de renda verificados em Silva Jardim são inferiores às médias estaduais e nacionais nos diferentes quartis de renda, tanto em zona rural como urbana. Em relação à população total, nota-se que este valor é a metade do verificado para o Estado do Rio de Janeiro. Entre a população urbana do município, a diferença entre os extremos dos valores medianos de renda é maior quando comparado ao âmbito estadual e nacional (tabela 26), ou seja, a desigualdade de renda incide de maneira importante mesmo entre os estratos inferiores de renda.

Tabela 26. Valor médio e quartis do rendimento mensal total domiciliar *per capita* nominal, por situação do domicílio, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	Rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal			
	Valor médio (R\$)	Quartis (R\$)		
		1º quartil	2º quartil (mediana)	3º quartil
Total				
Silva Jardim	439	170	293	510
Rio de Janeiro	861	255	467	850
Brasil	668	188	375	687
Urbana				
Silva Jardim	471	178	325	525
Rio de Janeiro	876	255	480	867
Brasil	736	224	415	755
Rural				
Silva Jardim	334	139	222	383
Rio de Janeiro	397	170	267	500
Brasil	668	188	375	687

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Em relação à desigualdade de renda entre os sexos, nota-se que os homens concentram os rendimentos mais altos (1,4 vezes os valores médios recebidos pelas mulheres), em consonância ao verificado nos quadros estadual e nacional (1,3 e 1,4 vezes, respectivamente) (tabela 27).

Tabela 27. Valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal das pessoas de dez anos ou mais de idade, por sexo e razão entre valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal de homens e mulheres. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	Valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal, por sexo (R\$)				Razão entre valor médio e mediano do rendimento mensal total nominal de homens e mulheres	
	Médio		Mediano		Médio (A/B)	Mediano (C/D)
	Homem (A)	Mulher (B)	Homem (C)	Mulher (D)		
Silva Jardim	921	672	580	510	1,4	1,1
Rio de Janeiro	1692	1271	900	600	1,3	1,5
Brasil	1395	984	765	510	1,4	1,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A diferença entre os valores médios e medianos evidencia as desigualdades existentes mesmo no interior dos grupos segundo sexo.

No que se refere à desigualdade de rendimentos segundo raça ou cor da pele, nota-se que a população de Silva Jardim tem rendimentos inferiores em todos os grupos étnicos, quando comparados aos rendimentos destes grupos que vivem no Estado do Rio de Janeiro. Em Silva Jardim, pessoas brancas recebem cerca de 56% a mais que as pretas e 38% a mais que as pardas. Para o Brasil e o Estado do Rio de Janeiro, estas diferenças são da ordem de 80 a 100%. O fato de os rendimentos mensais apresentarem valores mais elevados nestas localidades do que no município de Silva Jardim pode justificar tais diferenças (tabela 28).

Tabela 28. Valor médio do rendimento mensal total nominal das pessoas de dez anos ou mais de idade, por cor ou raça, segundo as classes de tamanho da população, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	Valor médio do rendimento mensal total nominal, por cor ou raça (R\$)		
	Branca	Preta	Parda
Silva Jardim	1000	640	721
Rio de Janeiro	1976	945	1041
Brasil	1538	834	845

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Nota: Excluídas pessoas com rendimento mensal total nominal igual a zero ou indeterminado.

Piores condições de vida estão associadas aos piores rendimentos. Cerca de 64% da população de Silva Jardim com saneamento inadequado possui rendimentos inferiores a meio salário mínimo (tabela 29). Em Silva Jardim, este quadro é discretamente melhor do que o verificado no Estado do Rio de Janeiro (60%) e bem melhor do que o observado no Brasil (73%).

Tabela 29. População residente em domicílios com saneamento inadequado e proporção de pessoas por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar *per capita* nominal, segundo as classes de tamanho da população. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	População residente em domicílios com saneamento inadequado				
	Total (n)	Proporção de pessoas, por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal (%)			
		Até R\$70	Até 1/4 SM (=R\$128)	Até 1/2 SM (=R\$255)	Até 60% da mediana (=R\$225)
Silva Jardim	1.507	3,3	24,4	63,8	53,9
Rio de Janeiro	215.431	6,6	24,7	59,7	49,2
Brasil	15.983.555	25,6	45,9	73,0	66,3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Nota: Exclusive pessoas com rendimento mensal total nominal igual a zero ou indeterminado.

Trabalho

A falta de trabalho/emprego foi um relato frequente entre o grupo de entrevistados. Nota-se que o município possuiu um padrão similar aos cenários estadual e nacional sobre o quantitativo da população economicamente ativa (55%) quanto de pessoas ocupadas (46%) com dez anos ou mais, na semana de referência do Censo de 2010 (tabela 30).

Tabela 30. Pessoas com dez anos ou mais de idade, economicamente ativas e ocupadas na semana de referência. Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	Proporção de pessoas com dez anos ou mais (%)		
	Total (n)	Economicamente ativas na semana de referência	Ocupadas na semana de referência
Silva Jardim	16 .762	55,2	46,0
Rio de Janeiro	11. 975. 390	56,0	46,4
Brasil	136 .910. 358	56,6	47,9

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

No entanto, os residentes do município enfrentam piores condições de trabalho. Nota-se que mais da metade dos ocupados em Silva Jardim (cerca de 52%) trabalham 45 ou mais horas por semana, enquanto isso ocorre com 45% dos ocupados no Estado do Rio de Janeiro e com 42% dos ocupados no Brasil (IBGE, 2010). Além do excessivo número de horas trabalhadas, verifica-se em Silva Jardim um quadro de desproteção

social vinculada ao trabalho. Metade dos trabalhadores do município não tem carteira assinada. Ou seja, são indivíduos alijados dos direitos sociais constitucionais referentes ao trabalho e numa proporção muito superior à encontrada no estado (31%) e principalmente no Brasil (28,4%) (tabela 31). Outra característica importante do mercado de trabalho formal no município é a grande participação de servidores públicos. Nota-se que mais de 12% dos empregados são militares ou funcionários públicos estatutários, proporção superior ao verificado no Estado do Rio de Janeiro (8%) e o no Brasil (quase 6%) (tabela 31).

Tabela 31. Pessoas de dez anos ou mais de idade, empregadas no trabalho principal da semana de referência, por categoria do emprego no trabalho principal, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2010

Localidade	Total (nº) (1)	Categoria do emprego no trabalho principal (%)		
		Com carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos estatutários	Outros sem carteira de trabalho assinada (1)
Silva Jardim	5 931	38,2	12,5	49,4
Rio de Janeiro	4 114 645	60,6	8,3	31,1
Brasil	65 629 892	66,6	5,6	28,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

(1) Inclusive os trabalhadores domésticos.

A esta inserção ocupacional precária soma-se o fato de o valor mediano do rendimento mensal do trabalho ser muito baixo, chegando a pouco mais de um quarto do salário mínimo entre o maior contingente de trabalhadores do município, os indivíduos sem carteira assinada. Entre os trabalhadores com carteira assinada, a média do rendimento mensal é de R\$ 285,00, enquanto os sem carteira assinada recebem R\$ 160,00 – inclusive os trabalhadores domésticos estão contabilizados nestes dois grupos (IBGE, 2010).

Qualificação profissional

A falta de acesso à instrução escolar e à qualificação profissional torna o quadro socioeconômico da população de Silva Jardim mais profundo. Em 2010, notam-se no município 13% de analfabetos entre a população com 15 anos ou mais, quadro superior ao verificado no Brasil (10%) e três vezes maior do que o percentual encontrado no estado (4%) (tabela 32).

Tabela 32. Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, por grupos de idade, Silva Jardim, Rio de Janeiro, Brasil, 2000 a 2010

Localidade	Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade por grupos de idade (%)							
	Total		Grupos de idade					
			15 anos a 24 anos		25 anos a 59 anos		60 anos ou mais	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Silva Jardim	19,7	13,3	6,5	1,8	19,4	11,5	49,4	37,8
Rio de Janeiro	6,6	4,3	2,4	1,2	5,8	3,3	17,3	11,7
Brasil	13,6	9,6	5,8	2,5	13,0	8,5	35,2	26,5

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e 2010. [Elaboração nossa]

Quando se comparam os Censos Demográficos de 2000 e 2010, nota-se ao longo do período uma melhora importante neste cenário. Verifica-se diminuição do importante no número de analfabetos em Silva Jardim. No entanto, outros dados do Censo de 2010 do IBGE mostram que a taxa de analfabetismo entre as pessoas de dez anos ou mais em Silva Jardim (7,2%) é mais do que o dobro da média estadual (3,4%) e superior à média nacional (6,5%) (IBGE, 2010).

Falta de trabalho remunerado e/ou com carteira assinada, fragilidades referentes às fontes de rendimentos e dificuldades em estimar a renda familiar em função de volatilidade nos rendimentos estavam entre as vulnerabilidades econômicas vividas pelo grupo de entrevistados (tabela 33).

Tabela 33. Caracterização dos entrevistados. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011 a abril de 2012

Variáveis	Classe/Estrato	Beneficiários	Ex-beneficiários
Possui trabalho remunerado	Sim	5	3
	Não	20	3
Trabalha com carteira assinada	Sim	2	1
	Não	23	5
Para os que não possuem trabalho remunerado, tempo decorrido desde a última atividade remunerada	< 3 meses	3	0
	3 a 6 meses	2	0
	a 12 meses	1	0
	> 12 meses	7	2
	Nunca tiveram	3	0
	Não sabe informar	7	1
Ocupação	Agente Comunitário de Saúde	1	0
	Auxiliar serviços gerais	0	1
	Agricultor	1	0
	Comerciante	0	2
	Do lar	18	3
	Doméstica	1	0
	desempregada	1	0
	Faxineira/diarista	1	0
	Operário desempregado	1	0
	Operária	1	0
Professora	1	0	
Fonte de renda do provedor principal ¹	Trabalho com carteira assinada	7	1
	Trabalho sem carteira assinada	6	0
	Aposentadoria	2	0
	Seguro desemprego	3	0
	PBC	1	1
	Biscates	4	0
	Negócio próprio	1	2
	Apenas o recurso do PBF	1	0
	Nenhuma	0	2
Renda familiar <i>per capita</i> ²	< R\$ 70,00	4	2
	≥ R\$ 70 até R\$ 140	13	-
	>R\$ 140 até R\$ 272,50 (½ SM ³)	5	2
	> R\$ 273 (½ SM) até R\$ 545,00 (1 SM)	1	1
	Não Declarado	2	1

¹ Entre os entrevistados casados esta informação referia-se ao chefe de família, geralmente o cônjuge masculino, excetuando-se um caso.

² Calculada a partir renda *per capita* da família, sendo a renda e o número de membros obtidos a partir de dados referidos nas entrevistas.

³O valor do SM vigente no início da fase de coleta de dados, R\$ 545,00, conforme definido pela Lei 12382 de 25/02/2011.

Fonte: Entrevistas.

As famílias beneficiárias que tinham como fonte renda “trabalho com carteira assinada” informaram recursos financeiros de um a três salários mínimos mensais. Para as que faziam biscates ou tinham “trabalho sem carteira assinada” estes recursos variavam de R\$ 120 a R\$ 400 mensais.

Sobre contribuição do PBF para a renda das famílias, verificam-se os seguintes componentes dos benefícios que caracterizavam o grupo de entrevistados (tabela 34):

Tabela 34. Distribuição dos benefícios do PBF às famílias entrevistadas segundo valor, composição dos benefícios e tempo de recebimento. Silva Jardim, RJ, dezembro de 2011

Varáveis	Classe/Estrato	Beneficiários
Valor (reais)	R\$ 70,00	4
	R\$ 102 a 134	16
	R\$ 166 a 198	3
	R\$ 204 a 230	2
Tipo (básico ou composto)	Básico	24
	Variável vinculado a:	
	Gestantes	0
	Nutrizes	0
	Crianças de 0 a 6 anos	
	1	7
	2	4
	Crianças e adolescentes de 7 a 15 anos	
	1	11
	2	6
3	2	
4	1	
Jovens de 16 a 17 anos		
1	2	
Tempo de recebimento (anos)	7 a 8	3
	4 a 6	14
	1 a 3	8

Fonte: Entrevistas.

As famílias entrevistadas vivem cotidianamente a pobreza que os números do IBGE denunciam. O grupo de entrevistados expressou as diversas vulnerabilidades econômicas existentes no município. A partir dos dados do Relatório Analítico do SIBEC (2011), a maior parte (quase 84%) dos 31 entrevistados – 24 beneficiários e dois não beneficiários, situava-se no extrato inferior de renda, ou seja, tratava-se de famílias

extremamente pobres com renda mensal *per capita* inferior a R\$ 70,00.⁹⁵ Somado a este fator, o grupo era composto majoritariamente (90%) por indivíduos que referiram ser pretos (7 beneficiários e 3 ex-beneficiários) ou pardos (17 beneficiários e 1 ex-beneficiário), sendo a metade deles residente em zona rural. Ou seja, pelos dados apresentados anteriormente para o município de Silva Jardim, era possível inferir que sobre estas famílias incidia um conjunto de vulnerabilidades produzindo insuficiência e insegurança cotidianas de rendimentos.

Perguntas referentes aos rendimentos de uma família beneficiária de um programa, especialmente quando este é critério para a concessão do benefício, induzem temores que podem interferir no relato da renda, seja na omissão de informação, seja na declaração de valores inferiores aos da renda real. Por exemplo, existe o medo de informar a renda da família e ter o benefício “cortado” por este motivo; o medo em falar sobre rendimentos, mesmo que não sejam contínuos ou seguros, que ao serem contabilizados à renda configurem um valor acima da linha de corte do programa, entre outros. Rocha destaca (2003) que a subestimação intencional, a sonegação da informação ou mesmo dificuldades para estimar o valor da renda constituem problemas que interferem na investigação de rendimentos nas pesquisas domiciliares.

No caso deste estudo, em um dado momento da entrevista o informante era perguntado sobre a renda de cada membro da família. No intuito de minimizar os temores por parte do informante sobre este aspecto, essa pergunta compunha a última parte do instrumento de coleta de dados. Assim, na medida em que a entrevista prosseguia, o entrevistado poderia entender melhor os objetivos da pesquisa, a inexistência de um caráter fiscalizador sobre a aplicação dos critérios do PBF por parte da pesquisadora e, por conseguinte, adquirir maior confiança para responder às perguntas sobre rendimentos. Também não se adotou qualquer procedimento para validar a informação sobre a renda declarada, como solicitar documentos que atestassem os valores informados.

Mesmo assim, três entrevistados não quiseram declarar os rendimentos dos membros da casa. Diziam que não tinham renda e não sabiam informar os rendimentos do principal provedor da casa (geralmente o marido), ou ainda, que não se sentiam à vontade para dar informações sobre este aspecto.⁹⁶

⁹⁵ É importante lembrar que segundo este mesmo Relatório, 87,6% dos beneficiados pelo PBF em Silva Jardim situavam-se no estrato inferior de renda (SIBEC, dezembro de 2011).

⁹⁶ Diário de Campo, Silva Jardim, 07/03/2012; 09/04/2012.

Por outro lado, vale destacar também a dificuldade que essas famílias têm para estimar sua renda. Isto porque as famílias pobres estão mais expostas à insegurança e volatilidade da renda, também associadas à insegurança no trabalho (Soares et al., 2009; Rocha, 2008). Como descrito acima, a desproteção vinculada ao trabalho e os baixos rendimentos em Silva Jardim podem repercutir na acurácia da focalização do PBF. Por tudo isso, como destaca Rocha (2008), os erros de exclusão indevida podem ser maiores do que o percentual assumido pelo programa.

Dado que a maior parte dos trabalhadores não possui carteira assinada, a volatilidade dos rendimentos é um aspecto importante a ser analisado, pois pode causar viés tanto de subestimação quanto de superestimação da renda. Ao contrário do que esperávamos, as informações sobre os rendimentos das famílias de uma pequena parte (6 beneficiários cuja renda informada é superior a linha de corte do programa) do grupo de entrevistados, excluindo apenas os oriundos do PBF, foram possivelmente superestimados (tabela 33).

De acordo com os dados informados pela família, ao invés de o grupo de beneficiários possuir 24 pessoas extremamente pobres, conforme verificado nas informações destas famílias no Relatório Analítico do SIBEC, teríamos apenas quatro famílias nesta condição, 13 seriam pobres e oito nem estariam no programa. Atribuímos este efeito ao fato de o/a entrevistado/a declarar os rendimentos adquiridos por todos os membros da família por meio de biscates ou ganhos eventuais, que não configuram renda segura. Esses rendimentos possivelmente figuram na memória do/a entrevistado/a por seu ganho ter ocorrido próximo à data da entrevista, como os oriundos de uma faxina, do trabalho como manicure em determinado dia, venda de lenha⁹⁷, etc. Desta forma, apesar de as famílias se manterem nos estratos de renda inferiores, muitas poderiam ser equivocadamente consideradas acima da linha da elegibilidade.

As duas famílias de ex-beneficiárias situadas na linha de elegibilidade dos extremamente pobres foram excluídas do programa por descumprimento de condicionalidades. Em função da falta de recursos financeiros, buscavam garantir sua subsistência por meio de obtenção de doações de alimentos, em especial da cesta básica doada pela SEMTHPS e pela igreja.

Uma das famílias de ex-beneficiários com renda *per capita* entre R\$ 140,00 e R\$ 275,00 (meio salário mínimo), tem um adolescente com deficiência mental que recebe o

⁹⁷ Diário de Campo. Silva Jardim, 21/09/2011; 09/04/2012.

BPC, motivo pelo qual esta família foi excluída do PBF. No entanto, a responsável pelo adolescente afirmava que o recurso constituía a única renda da família, porém “*mal cobria as despesas com medicamentos*”. Para a subsistência, a família recebia cesta básica da SEMTHPS. Entre cinco famílias de beneficiários, a renda do principal provedor advinha de benefícios previdenciários – três do seguro-desemprego e dois da aposentadoria, sendo uma aposentadoria rural. Ou seja, a renda dessas seis famílias estava, naquele momento, garantida pelo sistema de seguridade social.

Em todas as entrevistas realizadas, havia queixas sobre a falta de trabalho e os baixos rendimentos obtidos no município. Isso fazia com que grande parte dos trabalhadores, especialmente do sexo masculino, procurasse emprego em outros municípios.

Ao se conjugar as características do grupo entrevistado às análises sobre o município de Silva Jardim a partir dos eixos propostos para a dimensão econômica, nota-se que as famílias beneficiárias do PBF acumulam uma série de vulnerabilidades que caracterizam a vivência de processos de exclusão econômica ou inclusão precária no âmbito do trabalho/rendimentos. Tais processos podem ser mais bem compreendidos quando se analisa as falas dos beneficiários.

As vulnerabilidades econômicas do grupo de entrevistados estavam intimamente vinculadas a aspectos relacionados ao mundo do trabalho, aos rendimentos e aos seus feitos nas condições de vida. Os relatos mais frequentes se referiam à falta de oportunidades de emprego no município e à necessidade de realizar trabalhos temporários (biscates) devido à falta de empregos.

Eu trabalho fazendo faxina para fora, porque serviço aqui não se acha. Acho que eles têm que abrir mais vaga de serviço para quem mora aqui, né? Porque tem gente de fora que vem trabalhar aqui. E nós que moramos aqui não temos nada. (Entrevista 16).

Aqui o que eu não gosto é para trabalho. Para trabalhar aqui não tem, a pessoa tem que sair de Silva Jardim para trabalhar fora. (Entrevista 14).

Ele sempre tá buscando. Ele trabalha, assim, o que ele mais faz é ajudante, de pedreiro, de servente. Aí quando sai uma vaguinha ele vai, trabalha, mas não de carteira assinada. (Entrevista 2).

A carência de vagas de trabalho muitas vezes impõe a necessidade da família se mudar do município, de o principal provedor da casa ficar longe da família para trabalhar ou os indivíduos viverem diariamente os riscos e estresses relacionados ao

deslocamento para o trabalho em outro município, o que implica deslocamento por meio da BR101, rodovia com grande índice de acidentes de transporte.

Para a cidade melhorar precisa abrir portas de empregos porque tem muitos professores formados. Não tem vaga. Eu mesmo sou professora formada há oito anos e trabalho em Rio Bonito [...] Eu vou, levanto cedo, cinco da manhã. Aí deixo o café pronto para o meu filho, pego o ônibus seis e vinte. Aí eu vou para o serviço [...] e só chego em casa cinco e meia da tarde. (Entrevista 10).

Eu não consegui um serviço aqui. Eu estava trabalhando num serviço em outra cidade do lado. Então eu saía quatro horas da manhã daqui de casa porque eu tinha que pegar carona porque o serviço não dava passagem e salário. Se eu pego o ônibus o salário fica só na estrada, porque a passagem daqui para lá é muito cara, né? Eu gastaria por mês, 150 reais. Com um salário de 400 reais... Aí nem adiantava sair de casa para trabalhar... E nisso ainda teve um tempo que eu morei de aluguel. Desse dinheiro eu ainda tirava para o aluguel. (Entrevista 15).

Eu morei em Rio das Ostras no Jardim Marileia. Porque eu fiquei grávida da minha primeira filha e aqui não tinha emprego para o meu esposo e ele conseguiu uma oportunidade lá. Mas só que depois eu tive complicações de gravidez e eu pagava aluguel, aí começou a se tornar difícil. Daí nós voltamos para cá, viemos para a casa da minha mãe. (Entrevista 21).

Tá todo mundo indo embora porque não tem... não tem emprego. (Entrevista 27).

Gama (2012), a partir de estudo sobre o efeito do PBF nos fluxos migratórios em Minas Gerais, detectou que o recebimento do benefício do programa diminui em cerca de 9% a probabilidade de o indivíduo migrar. No entanto, a despeito da hipótese de que a expectativa de recebimento do benefício poderia impulsionar o retorno de migrantes para suas regiões de origem, o autor verificou que o programa se mostrou incapaz de alterar o comportamento dos remigrantes.

Quando a família consegue garantir a subsistência por meio de um trabalho no município, é necessário submeter-se às duras jornadas de trabalho, baixos rendimentos, não usufruto de direitos ligados à proteção social vinculada ao trabalho, e/ou viver uma permanente insegurança de renda.

Aqui em Silva Jardim, o serviço da pessoa não é reconhecido. Meu marido ganha 680 reais. Ele trabalha das nove da manhã e não tem hora para voltar para casa. Às vezes o carro quebra nessas roças e ele chega meia noite, uma hora da manhã. Semana passada o caminhão de entrega agarrou, ele chegou em casa era duas horas da manhã. (Entrevista 21).

A entrevistada 22 trabalha numa fábrica, com carteira assinada onde está assinalado que recebe o salário mínimo. No entanto, ela informa receber por produção e ainda completa:

Entrevistada: Pode perguntar a qualquer um lá. Na carteira está escrito um salário mínimo. Até onde quando a gente foi fazer a renovação do cadastro, é falado. Nós falamos a verdade. Na carteira é um salário mínimo, consta que é um salário mínimo. Mas é produção!

Pesquisadora: Então dá menos?

Entrevistada: Muito menos! (Entrevista 22).

Há também relatos sobre jornadas de trabalho extenuantes, como no relato abaixo.

Você já viu alguém trabalhar 30 dias à noite sem folga? Sem uma folga porque o patrão dele teve um problema que perdeu todos os clientes. Daí dispensou o outro vigia, ficou só ele. Ele não tem folga [...] eu tinha vontade que ele arrumasse um emprego pelo menos dia sim, dia não. Se não, ter uma folga na semana. (Entrevista 23).

O limitado desenvolvimento econômico do município⁹⁸ se reflete na reduzida oferta de postos de trabalho, no baixo rendimento mensal dos munícipes, no elevado número de horas trabalhadas, na ausência dos direitos de proteção social vinculados ao trabalho, entre outros aspectos descritos que exibem as dificuldades de rendimentos vivenciadas pela população de Silva Jardim. As famílias beneficiárias do PBF partilham com os outros munícipes de uma série de vulnerabilidades econômicas que as coloca à margem do desenvolvimento alcançado pelo Brasil em anos recentes. Ou seja, essas famílias sofrem os efeitos da desigualdade econômica existente em um dos países mais desiguais do mundo (Ferreira et al., 2006; Lavinias, 2012).

Além disso, o elevado índice de analfabetismo existente em Silva Jardim, inclusive na população economicamente ativa, constitui um desafio, somado aos já explicitados para a inclusão social a partir do trabalho/emprego. A escolaridade figura como importante elemento para análise da inserção produtiva (Ferreira, 2000) e a falta de acesso à educação formal tem reflexos importantes na empregabilidade e, por conseguinte, nos rendimentos.

⁹⁸ O município possui o 9º pior PIB do estado.

Nota-se que o perfil do grupo de entrevistados reflete, em grande medida, as vulnerabilidades em tela, como: baixa escolaridade (cerca de 6% de analfabetos; 16% sabiam apenas ler e escrever e 42% tinham ensino fundamental incompleto); desemprego (64% sem trabalho remunerado) e falta de proteção social (74% nunca tiveram carteira assinada).

O debate sobre a associação entre empregabilidade, renda e capital humano deve ser elaborado na interseção de outros temas como gênero, idade e escolaridade. Autores assinalam que a associação entre renda e empregabilidade, a princípio muito positiva, não conduz a um mesmo resultado quando se trata de indivíduos nos extremos de faixas de renda, ou ainda, não é semelhante para homens e mulheres, ou então entre jovens e adultos, etc. Enfim, outros aspectos como a desigualdade de renda gerada pela inserção laboral estruturalmente desigual entre homens e mulheres, entre diferentes faixas etárias e nos distintos estratos de qualificação conduzem a repercussões específicas, interferindo na relação entre empregabilidade, renda e escolaridade (Balassiano, 2005).

Segundo Weissheimer (2010: 117), muitos destes desafios demandam políticas que combatam as desigualdades em três frentes principais:

- (a) desigualdade de acesso às capacidades produtivas (escolaridade, qualificação profissional), informações e meios de produção (terra, crédito, etc.);
- (b) tratamento desigual no mercado de trabalho, seja por causa de práticas discriminatórias ou devido a um acentuado grau de diferenciações que leva a que os trabalhadores igualmente produtivos recebam diferentes remunerações, de acordo com o segmento do mercado de trabalho em que se inserem – diferenças regionais, intersetoriais e entre os setores formal e informal, entre outras;
- (c) escassez de empregos, que gera um acesso desigual ao trabalho – na medida em que parte da força de trabalho não está ocupada, nem todos os trabalhadores têm igual oportunidade para utilizar suas capacidades produtivas.

As repercussões econômicas do PBF constituem eixos de análise prioritários sobre os efeitos do programa. Os desafios econômicos enfrentados pelas famílias pobres, tanto em âmbito nacional quanto local, no que se refere a trabalho, renda e qualificação profissional, exigem políticas estruturais. Ou seja, não se trata de esperar que todas as mudanças necessárias à superação da pobreza possam ser alcançadas por um programa de transferência de renda condicionada. Entretanto, o abismo social é tão grande que o PBF tem sido apontado como um dos responsáveis pela redução da

desigualdade de renda entre os anos de 2001 e 2008 (Soares, 2006; IPEA, 2012; Lavinias, 2012).

Assim, corroboramos a análise de Silva, Yazbek e Giovanni (2004), de que o combate à pobreza não deve ser efetuado isoladamente por políticas sociais, especialmente se estas forem pontuais ou emergenciais; ao contrário, é imprescindível a articulação destas com as políticas econômicas. Apesar da importância do trabalho para a agenda social brasileira, o enfrentamento da pobreza a partir de políticas de transferência de renda condicionada conforma uma nova engenharia institucional da política social do Brasil fundada e restrita ao campo da assistência social (Mota, 2010).

Indagamos às famílias pobres beneficiárias do PBF como percebem os efeitos econômicos do programa? O PBF é capaz de alterar os processos de exclusão social vividos por este segmento populacional? As falas dos entrevistados proporcionaram a construção de eixos de análise que englobam as repercussões do PBF face à principal meta do programa: a promoção do alívio imediato da pobreza por meio da transferência de renda condicionada às famílias beneficiárias.

7.1.1 O PBF e as vulnerabilidades econômicas: efeitos nas condições de vida

Os efeitos do PBF em relação às vulnerabilidades econômicas enfrentadas pelos beneficiários do programa adquiriram diferentes expressões relacionadas às fragilidades econômicas e sociais vivenciadas cotidianamente pelas famílias entrevistadas. Os depoimentos sobre esses aspectos estavam presentes nas falas de todas as famílias entrevistadas.

Neste eixo, agrupamos os depoimentos que relacionavam o recurso financeiro do PBF com as condições de vida das famílias em uma realidade marcada pela inserção ocupacional precária, e pela falta e insegurança de rendimentos. Essas expressões podem ser analisadas a partir de três tópicos: (a) O PBF como estratégia de apoio à inserção ocupacional precária e à falta de proteção social; (b) O PBF como um recurso à falta de fontes de renda; (c) Sem Estado e sem trabalho: o PBF e os limites à inclusão produtiva.

7.1.1a O PBF como apoio à renda das famílias que vivem em contextos de inserção ocupacional precária

Tem mês que tem aquele salário e às vezes que não tem. Então o Bolsa Família já ajuda no caso, 130 reais que para mim já quebra um galho. (Entrevista 11).

Frente às diversas vulnerabilidades econômicas impostas pela situação de desemprego ou emprego informal, o PBF figura como um apoio à renda das famílias. Ou seja, o programa não constitui um substituto do trabalho seguro, mas fornece renda (única ou adicional) que o trabalho não traz. Como destacado por várias famílias em tom de “consolo”, o PBF “*não é carteira assinada, mas ajuda*”, o que evidencia o desejo das famílias de garantir a subsistência por meio de trabalho remunerado e seguro.

As trajetórias de vida das famílias entrevistadas evidenciam a vivência permanente dos problemas sociais e econômicos advindos da crescente precarização e vulnerabilidade da classe trabalhadora, na qual o PBF adquire papel de mediador entre as dificuldades de conseguir emprego e a necessidade de renda para garantir a reprodução social da família.

Eu preciso do Bolsa Família porque meu marido não trabalha de carteira assinada. E eu tenho muito gasto com remédio e me serve até para comprar material escolar das crianças. É uma ajuda muito boa. Sem esse dinheiro era mais difícil, muito difícil mesmo. Porque ele ficava tadinho, às vezes mais desempregado do que outra coisa. O pouco que ele ganhava tinha que dividir ou então sobreviver assim com ajuda, às vezes o pai comprava, depois ele tinha, trabalhava e pagava. Às vezes o pai ajudava, mas era muito difícil, muito difícil. Com a ajuda da Bolsa Família ai eu conseguia. Às vezes levava receita ali pro... na época vereador acabava conseguindo, às vezes pedia em Silva Jardim na secretaria de saúde lá e conseguia, falava que não tinha condição, que não tinha como comprar e conseguia. Porque desempregado, fazendo biscate, o dinheiro quando batia dentro de casa ou você comprava um remédio ou você comia. Aí ficava muito difícil, mas não é dizer, ele sempre deu o jeito dele, ele parado se esforçava, andava, montava em uma bicicleta, saia para conseguir... mas serviço de carteira assinada sempre foi difícil, ai ele sempre sobreviveu de biscate. (Entrevista 02).

Meus filhos precisam muito. Eu compro um negocinho para eles quando o meu marido está parado [...] Aí, agora ele está trabalhando de biscate. Aí eu vou e pego o dinheiro. Eu compro coisa para eles, entendeu? [...] O que eu mais queria, era que ele arrumasse um serviço de carteira assinada. Porque eu tenho seis filhos, essa aqui já está com seis meses, aí eu penso nessa aqui que tá para nascer. O pessoal do posto está correndo atrás para ver se me opera. Eu já

tenho seis filhos e eu sou pobre. Não tenho condição nenhuma!”
(Entrevista 09)

Esse dinheiro já ajuda no caso, assim, às vezes você não tem e chega no dia de você receber. Aí chega a dar aquele alívio, né? Você vai lá e recebe. É igual no caso, do ano passado. Ano passado ficou brava a situação aqui. Assim, no caso, meu marido trabalha consertando carro. Onde ele trabalha não tem recurso nenhum. É aqui do lado, quando você passar pode até observar. Choveu, não dá porque vira uma lama só. Aí aquele pessoal que já conhece, já nem traz o carro para ele mexer. Porque não tem onde ficar, onde mexer. (Entrevista 11).

Eu recebo por produção. Por exemplo, você tira por quinzena, às vezes você tira 200, às vezes você chega nos 150, às vezes você tira mais, às vezes tira menos, às vezes tira pior ainda [...] Mas eu quase não reclamo. Porque eu agradeço a Deus pelo menos eu tenho[trabalho], porque aqui não tem serviço. Então, eu agradeço a Deus. Aquilo é produção, é pouco, mas eu tenho. É a garantia para eu criar meus filhos. É esse dinheiro mais a bolsa... há muito tempo!”
[...] *Eu recebo 166 reais. Eu pego esse dinheiro e já saio pagando dívida. É um sapato, é uma sandália que filho arrebenta, nunca vi arrebentar tanta sandália. É um remédio, é um outro, eu já vou pagando a farmácia, então...[Se não tivesse o dinheiro do Bolsa Família] Eu ia ter que trabalhar mais, no final de semana, fazer hora extra...ver em outro lugar... um bico, uma faxina...hum...não sei.*
(Entrevista 22).

Para as famílias excluídas do assalariamento seguro, o desemprego de longa duração ou temporário figura como uma situação permanente, vivida cotidianamente no âmbito individual. Sobre este aspecto, os estudiosos da exclusão social afirmam que o fenômeno é caracterizado pela existência de indivíduos desnecessários e supérfluos ao sistema produtivo (Castel 1991; 2008; Escorel, 1999). Para Ivo (2008: 201), essas pessoas compõem um estrato de cidadãos precários, objetos da atenção pública e dos programas de transferência de renda. Neste sentido, a ação política não objetiva o enfrentamento do problema central que gera esta forma de exclusão: o desemprego estrutural. A política social não é desenhada com foco nos trabalhadores vulneráveis, principal grupo social que constitui os beneficiários dos programas sócio-assistenciais. O *status* do beneficiário da política social não é o de trabalhador, mas de “pobre da assistência” – categoria que engloba os excluídos do trabalho formal e seguro.

Como afirma Castel (2008: 34-35), esse cenário revela que o Estado perdeu seu poder integrador na medida em que se afasta das dinâmicas que regulam a economia e a condição salarial. Segundo o autor, esse processo não configura apenas uma retração do Estado, mas uma metamorfose que está posta diante de uma bifurcação: “aceitar uma

sociedade inteiramente submetida às exigências da economia ou construir uma figura do Estado social à altura dos novos desafios”. Aceitar a primeira alternativa implica o desmoronamento das formas de proteção social construídas no âmbito da esfera pública, e do próprio papel desempenhado pelo Estado Social na intersecção entre o mercado e o trabalho.

Na medida em que o Estado substitui seu papel de regular o trabalho livre pelo de promotor da assistência aos incapazes de se integrarem ao *laissez-faire* econômico, abre-se uma “caixa de Pandora” de conflitos sociais, cujo substrato se deve: (i) ao fato de o Estado recusar-se à responsabilidade de assegurar trabalho para cada indivíduo, mesmo que a “mão invisível” do mercado livre pensada por Adam Smith tenha se mostrado incapaz de assegurar o equilíbrio entre a oferta e a procura de trabalho; (ii) à emergência de um novo cenário social no qual a inserção produtiva dos indivíduos se torna condição *sine qua non* para que o indivíduo seja reconhecido como cidadão “útil” e “virtuoso”; e (iii) à deflagração de mudanças na reciprocidade de deveres entre o Estado e a sociedade, dada consolidação de um novo pacto social. Este estabelece que a assistência deva vir acompanhada de uma série de deveres (contrapartidas burocráticas e tecnocráticas) que pesam unicamente sobre os assistidos, que pagam um duplo tributo, tanto por sua condição quanto por serem usuários das políticas de auxílios (Castel, 2008: 253-259).

Apesar da dissociação entre o mundo do trabalho e as políticas de combate à pobreza no âmbito das ações sócio-assistenciais pós-década de 1990, o trabalho figura como principal elemento de integração e inclusão reivindicado pelas famílias pobres assistidas pelo PBF. As falas das famílias entrevistadas não revelaram uma desvinculação completa do mundo do trabalho, mas sim a existência de processos de vulnerabilização, fragilização e clivagens na dimensão econômico-ocupacional, que comprometem as condições de vida e a garantia da reprodução social dessas famílias.

Isto remete às diferenças existentes entre processos de exclusão sócio-ocupacional produzidos com a implosão do pleno emprego no cenário francês debatido por Castel e a histórica marginalidade (Nun, 1969) vivida pela maioria dos trabalhadores latino-americanos localizados na franja da sociedade salarial.

O benefício do PBF figura como um recurso que cobre emergências familiares, especialmente nos momentos mais dramáticos em que a falta de dinheiro impossibilita suprir uma necessidade inadiável da família, como a compra de um medicamento ou

alimento. No caso dessas famílias, é permanente a tensão de não se ter garantias financeiras para a subsistência do dia a dia, um sentimento cotidiano dos que estão marginal ou adversamente integrados na esfera ocupacional e também parcialmente excluídos do mundo do trabalho corporificado pelo pleno emprego, o mundo desejado pelas famílias pobres. O PBF não é um indutor nem norteia as demais políticas de proteção, apesar de mostrar alguma capacidade de absorver insuficiências, ou seja, “preencher as grandes lacunas deixadas pelas políticas setoriais” (Cohn, 2012: 59).

O trabalho, e não a assistência, é permanentemente reivindicado pelas famílias, tanto pelo desejo de manter a reprodução social do grupo por seu intermédio, quanto por ocupar importante lugar material e simbólico como elemento de socialização, inclusão e coesão social.

Neste sentido, não somente os limitados recursos financeiros do benefício impossibilitam garantir a subsistência da família, mas, sobretudo, as famílias almejam alcançar esta garantia por meio do trabalho. Ao longo das entrevistas, muitos participantes da pesquisa declaravam que, se conseguissem um trabalho, “*deixariam o benefício para quem precisa dele*”. E esta pode ser uma ideia recorrente que explica o fato de muitas dispensarem o benefício. Em uma reportagem de Elio Gaspari de maio de 2013, publicada na *Folha de São Paulo*, estima-se que 1,69 milhão de famílias (1 em cada 100 beneficiários) dispensaram espontaneamente o benefício de pelo menos R\$ 31,00 mensais em dez anos de PBF. Apesar de a maioria das famílias entrevistadas possuir uma fonte de renda, o PBF aparece nas falas como uma “ajuda” que estaria destinada às famílias sem trabalho, ou seja, sem qualquer renda.

Uma das marcas no discurso do grupo de entrevistados foi a necessidade de trabalho como necessidade material e simbólica para uma vida digna. Uma entrevistada afirmou que “*trabalhar é uma forma de saúde*”, uma assertiva clara entre as famílias pobres: a reprodução social das famílias deve ocorrer pelo “metabolismo do trabalho”. Ou seja, as condições objetivas e subjetivas geradas pelo trabalho têm importância para a manutenção da própria vida.

O trabalho é um determinante da sobrevivência material e simbólica. Citando Offe (1989), Escorel (1999: 200) afirma ainda que

O trabalho desempenha um papel central na organização da existência individual por meio de dois mecanismos principais: a integração social, em que o trabalho pode ser normativamente sancionado como dever moral (o trabalho como ponto central de uma vida honesta e

moralmente boa), e a integração sistêmica, em que o trabalho é estabelecido como uma necessidade (o trabalho como condição de sobrevivência física).

As falas dos entrevistados são evidências empíricas contrárias às análises de que o PBF constitui um programa que desincentiva o trabalho remunerado como meio para a subsistência das famílias. Apenas um dos 25 beneficiários entrevistados, os recursos transferidos pelo programa constituem o meio exclusivo de subsistência dos beneficiários. Em geral é um complemento da renda para consumo doméstico e, eventualmente, um complemento de renda destinado a garantir a subsistência, quando as famílias se encontram no limite da indigência.

A partir das entrevistas realizadas, podemos argumentar que para a maioria das famílias pesquisadas, o PBF não reproduz nem é um simulacro dos suportes e vínculos gerados pela esfera do trabalho. As famílias beneficiárias permanecem em busca da inserção ocupacional e das garantias fornecidas pelo trabalho assalariado. Apesar do baixo poder aquisitivo do salário mínimo brasileiro, a segurança gerada, o valor simbólico de ser assalariado e ter carteira “assinada” são desejos permanentemente declarados pelas famílias.

Diversos autores têm combatido a falácia do desincentivo ao trabalho gerado pelos programas de transferência de renda. Medeiros e colaboradores (2007: 15) demonstraram que residentes em domicílios

onde há beneficiários do Bolsa Família trabalham tanto ou mais que as outras pessoas com renda familiar *per capita* similar. Enquanto a taxa de participação no mercado de trabalho das pessoas em domicílios com beneficiários é de 73% para o primeiro décimo mais pobre da distribuição, 74% para o segundo e 76% para o terceiro, a mesma taxa é de 67%, 68% e 71%, respectivamente para as pessoas que vivem em domicílios sem beneficiários (Medeiros et al., 2007: 15).

Tavares (2010) afirma que a participação de mulheres no mercado de trabalho aumenta na medida em que elas se tornam beneficiárias do PBF. Assim, a exemplo da fala da Entrevistada 19, o que dificulta a inserção ocupacional das mulheres⁹⁹ é a falta de equipamentos públicos para proteger/cuidar de seus filhos, como creches, e não um suposto “comodismo” gerado pelo recebimento de um benefício que ajuda, mas não garante as necessidades básicas das famílias.

⁹⁹ É importante destacar que, culturalmente, ainda recai sobre as mulheres a responsabilidade pela educação e socialização dos filhos, o que dificulta ainda mais sua inserção na esfera produtiva.

Esse dinheiro ajuda muito, mas eu queria trabalhar. O que pega é que eu tenho criança pequena. Vocês podem até me falar que estou errada, mas com criança pequena você não pode fazer muita coisa [...] Se eu não tivesse esse dinheiro eu teria que arrumar um serviço, qualquer coisa, qualquer coisa para fazer. (Entrevista 19)

É importante ressaltar que neste cenário caracterizado pela insegurança e fragilidades dos suportes gerados na esfera sócio-ocupacional, o PBF figura também como um “amortecedor” entre a necessidade de trabalhar e a submissão a qualquer trabalho, que em muitas situações é tão precário que não compensa economicamente os esforços e riscos que seu exercício envolve. Em alguns casos, o recurso do PBF pode ser uma “porta de saída” da submissão, humilhação e sujeição total a qualquer tipo trabalho e a qualquer patrão. Ou seja, em função do benefício, alguns entrevistados, especialmente as mulheres, conseguem “não ter que fazer qualquer coisa”, não têm que exercer um trabalho considerado indigno pelo baixo valor da remuneração, por exigir abdicar de alguns direitos (cumprimento da jornada de trabalho limite e salário mínimo correspondente ao fixado em carteira), por envolver riscos laborais, por exigir deixar os filhos sozinhos em casa, por uma carga horária desumana, entre outras situações frequentemente vividas pelos que sofrem com a dinâmica dos processos de exclusão sócio-ocupacional. Ou seja, o PBF pode ter um efeito protetor contra o trabalho indigno.

7.1.1b O PBF como um “dinheirinho” certo: importância do programa na coesão social

A insegurança de renda vivenciada pelas famílias pobres constitui um limite para o exercício dos direitos humanos, na medida em que impede o usufruto das liberdades substantivas. Como afirma Sen (2001), isso ocorre quando tais limitações restringem as escolhas efetivas, a capacidade e as oportunidades de os indivíduos se realizarem plenamente no mundo a partir daquilo que consideram valioso ser, ter, ou fazer. Para Amorim (2011: 288), a insegurança de renda, “a precarização da vida econômica e social se expressa acompanhada de ampla desproteção social”, e impõe uma tensão permanente para os direitos humanos. Neste sentido, o autor entende que a insegurança de renda é uma das expressões da fragilização dos direitos humanos, na medida em que os desprotegidos são constituídos justamente pelas famílias assoladas pela pauperização coletiva, que dependem de baixos rendimentos e/ou dos programas de transferência de

renda para sobreviver. Enfim, é a realidade dos que estão fora do pacto social do Estado e do interesse do mercado.

Quanto à precarização da vida econômica, a insegurança de renda foi citada pelas famílias como um fator que impossibilitava desde o planejamento da compra de alimentos do mês, até conseguir uma qualificação profissional, realizar algum cuidado de saúde ou ainda fazer alguma melhoria estrutural na residência. Neste sentido, a insegurança de renda era uma situação declarada como permanentemente vivida e que colocava limites naquilo que as famílias concebiam importante “ter, ser ou fazer”. Muitas delas informaram que o recurso do PBF era uma “rendazinha” segura, um “dinheirinho certo, que tem data para a entrada” na casa das famílias beneficiárias e que fazia muita falta entre as famílias ex-beneficiárias.

É aquela rendazinha que entra todo mês (Entrevista 7).

Eu morava na Cidade Nova, desempregada como até hoje. Vendia calcinha, sutiã, essas coisas por minha conta. [...] Eu acho que nessa situação de não ter renda fixa [o Bolsa Família] ajuda muito. Quem trabalha de autônomo muitas vezes acontece de tirar R\$ 300, que para a pessoa é até muito porque não tem o costume. Mas tem vezes que não tira nada [...] Graças a Deus eu recebo! É uma coisa que me ajuda muito! (Entrevista 15).

Trabalhei muito na roça. Plantava feijão, arroz, milho, aipim. A gente fazia bastante farinha. Então, a gente era acostumado. Ter coisas e trabalhar, estar trabalhando, isso para mim era uma benção. Então, você trabalha e sabe que no fim do mês você tem. Aquilo é uma saúde para a pessoa. Mas agora eu já não faço. Vou fazer uma faxina, quando eu vejo, a pressão já subiu. [...] Vai a 20 por 10 e eu não sinto nada. Minha filha... preciso muito [...]Tenho a cesta básica da Promoção. Tô recebendo. Mas só que é aquele negócio, né? Tem uns meses [que tem] , tem outros meses que não tem. Todos os meses eu não tenho. Aí a gente tem que... se virar. Aí vem uma pessoa assim, as pessoas veem, né? Aí vem, me dá uma ajuda. Graças a Deus, esse é mais garantido [se referindo ao dinheiro que recebe do PBF] (Entrevista 13).

É um dinheiro bom para gente que está desempregado. É um dinheiro que chega na hora certinha, que ajuda muito em tudo. Material escolar, comida, remédio, roupa para as crianças. (Entrevista 23).

O Bolsa é bom porque a gente recebe ali, todo mês, né? E é certo! (Entrevista 29).

A precarização da vida social e a insegurança de renda desqualificam o indivíduo, deslocando sua identidade de trabalhador para a de “pobre assistido”, que não é capaz de garantir a subsistência da família, dependente da transferência de renda do

Estado ou de doações para garantir a reprodução social de seus membros, como evidenciado na Entrevista 13.

Segundo Ivo (2008), a dissociação entre a oferta do PBF e a condição de trabalho do beneficiário, diferentemente do que acontece no *Revenu Minimum d'Insertion* (RMI) francês, que visava garantir renda ao trabalhador quando ele não estava mais coberto pelo seguro desemprego, confirmam o PBF como “renda de alívio” para o empregado com nível de remuneração extremamente baixo, para os trabalhadores com cobertura previdenciária, para o trabalhador com insegurança de rendimentos e desproteção social, como também para o desempregado.

Neste sentido, no plano da assistência à pobreza, não se distingue a situação dos desempregados e dos empregados assalariados daqueles precarizados do setor informal. Todos são genericamente considerados pobres. Isso recoloca o universo da reprodução no eixo do encaminhamento da questão social, mas fora do mundo do trabalho [...] O contingente de indivíduos em condição de miséria e pobreza assistido pelos programas transformam-se em “coletivos de destinos”, objetos da ação pública da assistência (Ivo, 2008: 226-227).

Esses “coletivos de destino” a que se refere Ivo (2008), incorporados ao PBF, não se restringem aos dependentes dos programas sociais, que segundo Castel (2008) se localizam na zona da assistência social, agregando também os indivíduos da zona da integração, com trabalho estável, mas de baixa remuneração, como também, e principalmente, os indivíduos na zona da vulnerabilidade precariamente inseridos no mundo do trabalho.

Diante da vulnerabilidade econômica das famílias, o PBF figura como “um dinheirinho certo”, ou seja, um recurso que apesar do limitado valor monetário, confere segurança para as famílias beneficiárias, pois tem data certa para ser recebido. Este sentido do PBF se torna relevante porque remete a um símbolo importante do trabalho. O “dia do pagamento” é uma data marcante para o trabalhador brasileiro, como também para as famílias beneficiárias entrevistadas, visto que é o dia do recebimento do PBF. Para muitas delas, “o dia do pagamento” não faz mais parte, ou nunca fez, do cotidiano, apesar de ser um símbolo desejado. Todas as famílias sabiam “na ponta da língua” o dia que recebiam o benefício, em função do número do cartão do PBF. Elas sabiam até o “dia do pagamento” da vizinha, da prima, da amiga e de outros beneficiários do círculo de convívio. Mas quando perguntávamos sobre o dia do pagamento do trabalho, a resposta não era tão objetiva, porque não havia dia certo, porque não havia trabalho

certo, porque não havia remuneração certa. A renda familiar domiciliar não era garantida.

Tanto no plano objetivo quanto simbólico, o “dia do pagamento” do PBF marcava a rotina familiar, pois era o dia de pagar uma conta, uma dívida e honrar o compromisso; era o dia em que a criança poderia ser presenteada com um chinelo ou uma roupa nova, um brinquedo, um alimento desejado e que não era comprado rotineiramente como, por exemplo, um iogurte.

A segurança vinculada ao “dia do pagamento” agregava um valor importante ao programa: a confiança nas instituições públicas. Este elemento, cada vez mais frágil nas sociedades capitalistas, tem sido abordado na literatura como uma dimensão importante do capital social (Hulse; Stone, 2007; Sem; Kliksberg, 2010). Segundo Sen e Kliksberg (2010: 305), a confiança nas relações interpessoais, na sociedade e, por conseguinte, nas instituições, tem peso importante no desenvolvimento econômico de um país, apesar de se tratar de um indicador “cultural” e não um econômico. A despeito de sua importância comprovada como substrato ao desenvolvimento da sociedade, esse tipo de indicador tem sido sistematicamente negado. A confiança nas instituições constitui, portanto, aspecto que potencialmente amplia a coesão social, favorece a formação dos vínculos, a identidade, o envolvimento, a participação social e um sentido de pertencimento a uma mesma comunidade (Freiberg; Wiesenbach, 2011). A partir desse mecanismo, o PBF figura como um elemento que favorece a coesão social.

7.1.1c - Sem Estado e sem trabalho: o PBF e os limites à inclusão produtiva

As famílias reconheciam que o recurso do PBF não era uma solução definitiva para os problemas enfrentados na dimensão econômica. Como já afirmado, a inclusão produtiva e o assalariamento seguro eram permanentemente assinalados como necessários à superação da condição de pobreza. As dificuldades enfrentadas na esfera econômico-ocupacional, com efeitos perversos na vida familiar, não era um “privilégio” dos sem-trabalho, mas uma constante entre os trabalhadores precários e com baixos rendimentos.

Dessa forma, as famílias apontavam também limites na atuação do PBF para a superação da pobreza e miséria, de modo a indicar caminhos para a construção de políticas. É importante ressaltar que alguns dos aspectos mencionados pelos

entrevistados são convergentes com as análises da CEPAL que atribuem o aprofundamento da pobreza e desigualdade existentes na América Latina às dificuldades de acesso aos serviços sociais, aos desafios atuais para elaboração de políticas de trabalho e emprego, à distribuição de renda, etc. É de longa data que a CEPAL destaca as seguintes prioridades para a ação pública (Soares, 2001: 54):

- políticas tendentes a evitar a reprodução da pobreza, da exclusão e da segmentação social nas novas gerações;
- políticas de incorporação da juventude às ocupações nos setores mais dinâmicos da economia;
- políticas de equipamento de bens de produção, instalação de uso social e sistemas de apoio, com vistas a aumentar a produtividade dos recursos humanos existentes;
- políticas de geração do emprego produtivo;
- políticas de distribuição de renda e ativos.

O dinheiro do PBF ajuda as famílias beneficiárias, mas não resolve os problemas econômicos das famílias, em função dos limites da inclusão produtiva. O caminho ideal apontado pelas famílias não é o fim do programa, mas o acesso ao trabalho e a participação do Estado na construção de suporte sociais que favoreça a inserção na esfera do trabalho.

Muitos entrevistados, em especial as mulheres, queixavam-se de que não podiam trabalhar porque não tinham com quem deixar os filhos pequenos (Entrevista 28). De modo geral, elas citavam a falta de equipamentos públicos que viabilizassem a inserção da mulher no mercado de trabalho, como creches, por exemplo (Entrevista 2).

Eu sou pobre, não tenho condições e assim, não posso trabalhar também, porque tenho elazinha também, meu marido também não ganha muito, ele ganha pouco, mas não tenho com quem deixar (Entrevista 28)

Ah, eu acho que aqui poderia ter uma creche... Deveria ter uma crechezinha aqui... (Entrevista 2)

Em função de as mulheres assumirem historicamente a centralidade do cuidado e proteção de seus filhos, a falta de equipamentos públicos acarreta outros efeitos e desigualdades de gênero, como limitar a oportunidade de inserção em redes mais amplas de trabalho e lazer. Isso acaba por impor às mulheres a necessidade de tecer redes de apoio e solidariedade para enfrentar as vulnerabilidades econômicas e a falta de proteção social do Estado (Azeredo, 2010). Apesar de programas como o PBF favorecerem as mulheres no recebimento de benefícios, visto que elas constituem o

público-alvo prioritário para a titularidade no programa, o Estado brasileiro ainda carece de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da pobreza na perspectiva de gênero.

O que poderia de fato gerar impacto na perspectiva de gênero e no enfrentamento das condições de pobreza, sobretudo nas famílias cuja responsabilidade econômica não é compartilhada, é o acesso a equipamentos sociais de qualidade, como creches, escola em tempo integral, serviço de saúde, entre outros que poderiam aliviar a carga de trabalhos domésticos e gerar melhores oportunidades de vida, emprego e rendimentos. Apesar de as políticas públicas e sociais terem um lugar específico no que se refere às formas de enfrentamento da pobreza, acredita-se que sua contribuição poderia ser maior na redução de seu impacto caso houvesse, de fato, uma articulação entre diversos setores sociais como educação, emprego e renda, saúde, habitação, saneamento e urbanização (Azeredo, 2010: 586-7)

Apesar da importância do PBF para absorver insuficiências de algumas políticas setoriais (Cohn, 2012), no que tange às desigualdades de gênero e trabalho, tal efeito tem sido limitado à inexistência de outras políticas, bem como ao funcionamento do programa de forma integrada e articulada com outras ações.

Outro ponto criticado pelas famílias refere-se à atuação da esfera estadual na geração de emprego, sobretudo no que tange à política de conservação ambiental do município. Na visão das famílias entrevistadas, o governo estadual não tem aproveitado esta via para a geração de empregos, apesar de suas potencialidades para a população de Silva Jardim.

Segundo os relatos abaixo, a política de conservação ambiental é vista muito mais como um empecilho para a inclusão produtiva do que um elemento indutor de oportunidades de trabalho e emprego.

O mesmo esposo fica lá longe trabalhando para colocar comida dentro de casa, ou fica aqui e a gente passa fome. Então, não tem opção, né? [...] Agora ele fica lá, trabalha em Niterói, entendeu? Fica pra lá a semana toda. Se aqui de repente, não sei como é que é a situação de vir uma indústria pra cá, ou alguma coisa assim... Acho que tem problemas por causa da situação ambiental né? Do município... mas eu acho que eles tinham que, os responsáveis né? O prefeito e vereadores se unir pra dar uma, pra ter uma estrutura, arrumar alguma coisa que os nossos esposos, os nossos filhos, tivessem condição de ficar por aqui. (Entrevista 15)

Recente, eles criaram esse tal de Cidade Verde. Então... cidade verde não pode mais atrair nada, não pode fazer mais nada. Então ficou isso aí, o lugar parou agora. Não pode abrir um loteamento... você requerer uma luz aqui, é tão complicado que primeiro você tem que ir no Ibama... Ó, eu fiz uma obra lá [...] Eu tô precisando de uma

autorização para eu levar para Ampla. Aí o Ibamavem na sua obra, dá uma olhada, aí autoriza ou não. Se tiver em área que eles vêm que não pode autorizar, eles não autorizam [...] Então aqui tá tudo complicado em Imbaú. Já que não pode construir nada, não pode fazer... deveria explorar o turismo. Nós temos essa reserva aí de Poço das Antas que é conhecida mundialmente, onde poderia ser instalada aí uns hotéis, né? Investido no turismo sobre essa reserva do tal desse mico aí [Projeto Mico Leão Dourado]... mas não fazem nada. Tem uma lagoa de Jatunaíba. Uma grande também que abastece toda região, podia investir [...] Eu soube que essa tal de preservação, isso traz um imposto...que é o ICMS, DICMS um bagulho desses...Verde! Traz uma arrecadação, o governo federal dá para os municípios que têm esse lance de preservar... é imenso. Quer dizer, Silva Jardim tem uma arrecadação imensa de ICMS Verde... esse imposto de preservação [...] Você vê a cidade num estado desses. É... é complicado né? [...] o pessoal tá indo embora, os caras não fazem nada, não tem serviço nenhum, os comércios estão acabando, estão demitindo, não tão admitindo, entendeu? Então eles têm que arrumar um jeito de atrair indústria aqui pra dentro. Ou explorar esse lado. Já que não pode abrir indústria, explorar esse lado do turismo. Porque com o turismo aumenta o hotel, o hotel tem ali a arrumadeira, tem camareira... (Entrevista 27)

Outros entrevistados referiram, ainda, a falta de infraestrutura urbana como fator que aprofunda as vulnerabilidades social e econômica, impossibilitando a melhoria da condição de vida.

Tem de melhorar a estrada, é um lamaçal... Pra poder facilitar, né? O transporte. (Entrevista 4).

A estrada aqui tá braba. Ah, isso aí tá a um bocado de tempo. Um bocado de tempo mesmo. Chove, enche, e o meu quintal fica cheio quando enche [...] uma vez que choveu a água veio até na beira aqui. Não dá para sair.... (Entrevista 3).

Aquele negócio de planejamento... olha a situação que tá aí. Esgoto a céu aberto, negócio de rua, eu acho que isso tem que melhorar muito. (Entrevista 11).

Olha, aqui é ruim pra nós é o valão. Eles deviam tapar, porque aqui dá rato, tem cada rato deste tamanho e a gente tem criança. Então deviam tapar isso aqui, pra melhorar pra gente, né? [...] ou então um fazer muro mais alto que a rua... calçasse, né, pra quando chover não encher, não alagar. Porque aqui em casa graças a Deus nunca alagou não. Mas tem casas aí que ficam debaixo d'água, né? Por exemplo, eu moro aqui há 25 anos [...] ninguém fez nada por isso aqui. É só promessas. E quem vive de promessa é santo, né? Falei: Gente, pelo amor de Deus, pelo menos o valão, assim onde tem mais casas, né? (Entrevista 30).

Transporte aqui também é complicado [...] Ah! Você vai pra pista e espera. Não tem ônibus pra [chegar na] pista não. Você vai pra pista e de lá pega o ônibus. E não tem hora pra passar não. (Entrevista 28).

A localização das pessoas no espaço urbano é um indicador importante das dinâmicas de inclusão/exclusão social. Neste sentido, a literatura de enfoque socioantropológico tem discutido a pobreza a partir de sua configuração socioespacial, étnico-racial e de segregação intimamente ligada à violência urbana, dificultando, desse modo, a plena integração social (Lee; Wong; Law, 2007; Zaluar, 1985; 2004; Wacquant, 2008; Marques, 2010).¹⁰⁰

Portanto, os limites à inclusão produtiva, os fatores intervenientes para a existência de fragilidades na proteção social e na insegurança de rendimentos, a falta de equipamentos públicos para inclusão produtiva de mulheres e as lacunas da política de conservação ambiental – elementos apontados pelos entrevistados – são pontos de partida extremamente importantes para uma ação intersetorial de combate à pobreza que vai além das medidas adotadas pelo PBF até então.

7.1.2 O PBF e as vulnerabilidades econômicas: efeitos no atendimento às necessidades das famílias trabalhadoras ocupadas

[...] mesmo trabalhando a gente passa por dificuldades... (Entrevista 15).

As dificuldades de inclusão laboral das famílias pobres envolvem uma gama de aspectos ligados às garantias materiais de sobrevivência, que além de constituir um problema em si, podem se tornar mecanismos propulsores da desintegração familiar a partir do esgarçamento dos laços sociais.

Quando se fala em necessidades das famílias pobres, o senso comum remete às demandas ligadas à subsistência alimentar e à aquisição de alimentos, o que conduz à existência das tradicionais redes de doação de cestas básicas. No entanto, as necessidades das famílias pobres não se encerram nas alimentares nem podem ser resolvidas a partir de ações caritativas e/ou fundadas na filantropia. Estas são de grande importância em momentos emergenciais de carência, mas não são capazes de resolver todas as demandas das famílias, visto que além da falta de acesso a um mínimo de bens e recursos, essas famílias enfrentam também processos de exclusão social ligados à

¹⁰⁰ A literatura tem empregado com grande frequência a termo “marginalidade” ou “marginalidade urbana” para designar o processo social de precariedade que os pobres vivem nas periferias das cidades (Alves; Escorel, 2012).

participação equitativa na riqueza produzida em uma nação, ao acesso à terra, ao usufruto de direitos, bens e serviços de proteção social.

Não somente a opinião pública entende que a falta de alimentos é um dos principais problemas carenciais do Brasil, mas as próprias iniciativas institucionais anteriores ao PBF de combate à pobreza foram baseadas na concepção de que condição de fome seria o aspecto nuclear que exige políticas para seu enfrentamento, mesmo que esta constatação estivesse na contramão das análises técnicas do campo da nutrição.¹⁰¹ Como exemplo, podemos citar a criação do Programa Fome Zero, o carro-chefe das políticas sociais do primeiro ano do governo Lula. Apesar de o problema da fome¹⁰² – deficiência energética crônica – não ser o principal problema alimentar no Brasil –mas a insegurança alimentar –, seu enfrentamento produziu políticas públicas orientadas a mitigar a fome gerada pela carência de acesso a alimentos, em vez de ações endereçadas aos problemas sociais originados pela pobreza e exclusão social (Coutinho; Lucatelli, 2006).

O tema da fome, na fala dos técnicos do governo e divulgada pelos meios de comunicação, legitimava uma demanda por distribuição de alimentos que não levava em consideração as percepções da população beneficiária do programa e assim não permitiu, naquele momento, diagnosticar e criar propostas de ação pública que viessem ao encontro das reais demandas¹⁰³ que emergem de um universo carencial marcado pela

¹⁰¹ O que não exclui a fome como um problema substantivo de parcela da população brasileira. “A comunidade científica, da área da epidemiologia nutricional tem apontado a obesidade como um dos problemas mais graves de saúde pública no Brasil, inclusive entre os estratos mais pobres da população” (Coutinho; Lucatelli, 2006: 87).

¹⁰² Além da falta de clareza referente ao tratamento da pobreza pelo viés da fome, é importante ressaltar que um dos equívocos que permeou o debate foi a confusão entre a temática da fome e a insegurança alimentar. “Segundo Monteiro, a fome crônica de importância epidemiológica é a deficiência energética crônica, uma das modalidades de desnutrição. Isso significa que o valor calórico total dos alimentos da dieta do indivíduo é inferior ao seu consumo calórico diário, independente da composição macro e micronutricional” (Coutinho; Lucatelli, 2006: 88). Assim, é importante ressaltar as seguintes definições: “Têm fome aqueles cuja alimentação diária não aporta a energia requerida para a manutenção do organismo e para o exercício das atividades ordinárias do ser humano” (Monteiro, 1995: 195). “Sofrem de desnutrição os indivíduos cujos organismos manifestam sinais clínicos provenientes da inadequação quantitativa (energia) ou qualitativa (nutrientes) da dieta ou decorrentes de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos” (Monteiro, 1995: 195). O Decreto-Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISVAN) define a segurança alimentar como “a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico”.

¹⁰³ Sobre este aspecto é interessante notar a preferência das famílias entrevistadas por programas de transferência de renda em substituição aos de doação de alimentos. Boog (2006) afirma que o caráter assistencialista de ações institucionalizadas de doação de alimentos não colabora na consolidação do direito humano à alimentação. A partir da análise de alguns programas sociais de doação de alimentos,

pobreza como fenômeno multifacetado e complexo. Pobreza e fome passaram a figurar como correlatos que circunscreviam os problemas sociais da sociedade brasileira, especialmente entre a mídia formadora da opinião pública, talvez porque os temas da pobreza e da fome causem um mal-estar social mais intenso do que os problemas fundados nas históricas desigualdades, iniquidades e exclusão sociais no Brasil. Como afirma Champagne, em a *Miséria do mundo*, livro organizado por Bourdieu (2010: 63), “os mal-estares sociais não têm uma existência visível senão quando se fala deles na mídia, isto é, quando são reconhecidos como tais pelos jornalistas”. O autor assinala ainda, que apesar de muitos deles não serem “midiáticos”, isto é, construídos pela mídia, sua publicização tende a atender aos interesses do setor.

Enfim, o destaque midiático para alguns problemas não é, necessariamente, proporcional a sua gravidade e magnitude. Isso pode ter ocorrido com o problema da fome em detrimento ao da segurança alimentar na população brasileira, ou mesmo em relação aos problemas de focalização do PBF nos primeiros anos de programa, em lugar de analisar os problemas sociais que determinaram a criação do programa.

Mota (2010: 141) avança nesta crítica, ao construir hipóteses sobre a tendência da política social em subjugar o problema da desigualdade à expansão dos programas de transferência de renda para o enfrentamento da pobreza. Segundo a autora, essa intervenção está a serviço de uma nova estratégia de dominação política pela via do atendimento às necessidades objetivas da classe trabalhadora. Assim, acrescenta:

As classes dominantes invocam a política de Assistência Social como solução para combater a pobreza relativa e nela imprimem o selo do enfrentamento da desigualdade ao mesmo tempo em que exercitam a sua condição de classe dirigente, posto que os movimentos definidos como de repolitização da política objetivam mostrar a camadas cada vez mais consideráveis da sociedade a legitimidade do projeto societário formulado e colocado em execução[...] esse projeto supõe que os incluídos passem não apenas a usufruir dos serviços sociais oferecidos, mas se transformem em colaboradores dos mecanismos de consenso que, em situação contrária, poderiam representar uma ameaça ao *status quo*.

O tema da fome não é capaz de circunscrever a multiplicidade de carências acarretadas pela exclusão econômica e a doação de alimentos, tampouco resolve as diferentes vulnerabilidades econômicas vividas pelos pobres. No entanto, no limite da

Uchimura e Bosi (2004) afirmam uma repercussão negativa destas ações sobre a identidade do pobre assistido, visto sua associação a um sentimento de humilhação e sujeição.

indigência, a doação de alimentos é o último recurso de muitas famílias para garantir a sobrevivência física de seus membros. Este recurso, que seria emergencial, passa a uma necessidade permanente, ao passo que tais famílias não conseguem se inserir no mercado de trabalho. Assim, retoma-se o problema principal: a impossibilidade de garantia do direito e/ou acesso ao trabalho, especialmente para os que estão localizados nas franjas da sociedade.

Nenhuma das famílias entrevistadas referiu passar fome. Mesmo as que estavam sem qualquer fonte de rendimentos, como algumas famílias ex-beneficiárias, ou que obtinham recursos financeiros apenas pelo PBF, destacavam que para comer o “básico”, para não passar fome, davam “um jeito”. Esse “jeito” era mediado pela doação de alimentos. Ao falar sobre este assunto na casa de uma das entrevistadas, ela mostrou uma bacia de alumínio com cerca de duas xícaras de arroz e me disse: “*eu não tenho vergonha, isso aqui é tudo que eu tenho para comer aqui em casa hoje, mas lá na igreja me prometeram uma cesta, vou buscar daqui a pouco*”.¹⁰⁴

Por outro lado, o aspecto alimentar é apresentado na fala dos entrevistados como um importante termômetro da vulnerabilidade econômica. Para o grupo pesquisado, o fim da linha da exclusão econômica é quando o recurso do PBF precisa ser destinado para suprir o que as famílias chamam de “*o grosso da compra*”, ou seja, os gastos com alimentação básica, como a compra do tradicional feijão e arroz, óleo, fubá, leite – este especialmente para as crianças –, entre outros itens essenciais segundo o padrão cultural alimentar brasileiro.

Quando a família necessita garantir sua refeição por meio de obtenção de cesta básica doada, significa que o grupo vive com profundas dificuldades econômicas que o impedem de adquiri-la por meio dos rendimentos do trabalho. Nesta situação limite, são reconhecidas socialmente como famílias que “passam necessidades” e estas, em última escala, são alimentares. Este reconhecimento mobiliza a comunidade a providenciar ajuda a esses lares quando isso não ocorre como iniciativa institucional, com a inscrição na família na SEMPHTS para obtenção de cestas básicas. Muitos agentes comunitários de saúde,¹⁰⁵ ao relatarem a condição econômica de algumas famílias, indicavam que esta mobilização social encontrava resistência ou não era tão intensa quando havia reconhecimento, por parte da comunidade, de algum comportamento considerado

¹⁰⁴ Diário de Campo, Silva Jardim, 10/04/2012.

¹⁰⁵ Diário de Campo, Silva Jardim, 04/12/2011; 28/02/2012.

desviante de um membro do grupo, o qual era utilizado para justificar a não inserção no trabalho – por exemplo, o alcoolismo, ou quando uma mulher tinha muitos filhos de diferentes pais, etc. Mesmo assim, a existência de crianças entre famílias que “*passavam necessidades*” justificava certo “perdão” para o comportamento desviante e a mobilização para ajudar nas necessidades alimentares das famílias carentes.

Apesar de muitas famílias utilizarem o recurso da doação desde longa data ou com grande frequência, quase sempre esse recurso era referido como uma necessidade pontual em função do desemprego, de uma situação de doença ou outra dificuldade que impossibilitava o trabalho. Neste sentido, as famílias narravam uma série de dificuldades às vezes pontuais, outras temporárias e algumas que, de tão frequentes se tornavam permanentes, como a falta do trabalho, o não atendimento a algumas necessidades do grupo familiar, etc. Muitas destas eram determinantes na conformação de processos de exclusão social.

Mais comuns do que as situações supracitadas, eram os relatos sobre tensões entre os membros de uma família, em função da falta de recursos para o pagamento de uma conta, para suprir uma necessidade emergente, para atender aos desejos de consumo de uma adolescente, entre outras. Essa realidade pode ser apreendida a partir de dois tópicos: (a) Sobreviver por um fio: o PBF como um recurso à falta de fontes de renda; e (b) “Um dinheiro que ajuda a aguentar”: o PBF como complemento de renda para suprir precariamente as necessidades da família.

7.1.2a Sobreviver por um fio: o PBF como um recurso à falta de fontes de renda em situações de falta de trabalho

Muitas famílias destacavam que o PBF era um recurso importante frente à falta de fontes de renda (entrevista 2); às dificuldades impostas para a inserção laboral de mulheres diante da ausência de suporte social para cuidar dos filhos (entrevista 7); às dificuldades de se inserir em outros programas sócio-assistenciais existentes previamente (entrevista 14); aos efeitos na esfera sócio-familiar de mudanças na estrutura e composição dos membros que tinham impacto nos rendimentos familiares (entrevista 18); entre outras dificuldades enfrentadas por aqueles que “viver por um fio”, parafraseando o título do livro de Ivo sobre pobreza e política social (2008).

É, bem antes de eu ser incluída nesse Bolsa Família, eu fui em Silva Jardim e tentei me incluir nesse de ganhar cesta básica que o governo dá. Até hoje dá, né? Ai, eu não consegui, na época meu marido tinha vários problemas no coração, teve vários exames comprovando que ele não podia em nenhum momento trabalhar, porque ele estava com um problema. Mas aí a gente não conseguiu e até hoje, a única coisa que eu consegui foi isso. Que está me ajudando demais! (Entrevista 2).

Às vezes a criança tá pequena demais, eu já passei muito por isso, menina! As minhas crianças quando eram pequenas eu não podia trabalhar por que vai deixar com quem? Não tinha com quem deixar! Então não tinha com quem deixar mesmo, eu também vejo esse lado das pessoas que recebe. Porque às vezes não tem, às vezes quer ter e não tem condição de trabalhar. (Entrevista 7).

Eu nunca consegui nada. Igual essas casas aí, eu nunca consegui. Meu irmão casou e foi embora. Minha mãe mora aqui. Eu me separei, aí ele deixou eu ficar aqui. Cesta básica... eu só recebia de vez eu quando, quando sobrava. Aí veio cartão. Eu corri muito atrás. Mas eu consegui! Eu panho R\$ 100. Eu e meus filhos! [...] Eu não tinha como trabalhar, não tinha com quem deixar minha filha. A minha mãe já tomava conta da minha avó... (Entrevista 14).

Minha vizinha está divorciada do marido, não tem ninguém para ajudar a sustentar a família. Ela precisa muito. Ela cozinha no fogão de lenha e não tem condições de criar os filhos. Ela também não tem como trabalhar com tanta criança. Lá tem unzinho que é bem novinho, é pequenininho [...] Esse dinheiro ajuda muito. Eu estou com anemia, problema de pressão baixa. Se eu levantar aqui para ir trabalhar, daqui a pouco eu estou caindo. Eu estou limpando aqui, daqui a pouco eu estou deitada lá em cima da cama. Tenho vontade de fazer, mas não consigo. (Entrevista 18).

Aí fiquei sem ganho nenhum, não ganho nada, não trabalho, não aposentei ainda [...] Não aposentei por causa da idade. No cartório eles tirou minha idade errada. Tava doido que ele tirasse minha idade certa, que se eu aposentasse aí... eu até saía. Mas eu falei: eu não ganho nada. Eu ganho por milagre de Deus, isso aqui! (Entrevista 24).

Freitas (2008), ao analisar as representações sociais do PBF entre mulheres beneficiárias, afirma que o programa acaba se tornando a esperança das pessoas excluídas do trabalho, de obter renda como forma de subsistência.

Entre as famílias ex-beneficiárias, a saída do programa provocava também distintas situações de emergência. Isto ocorria sobretudo entre as famílias excluídas do programa não por uma melhoria na renda, mas por descumprimento de contrapartidas ou por flutuação da renda – a qual foi responsável pela saída de uma família do programa (entrevista 5). Nestes casos, a vivência de uma situação de miséria e pobreza

se aprofundava rapidamente, ao passo que o reingresso no programa não ocorria com a mesma velocidade.

Hoje, eu tenho que me dobrar em mil, aí sempre assim, se eu compro chinelo para um num mês aí o outro arrebenta, aí eu tenho que fica remendando até esperar cair um dinheiro e poder, tem que tá me virando (Entrevista 5)

Entre as famílias ex-beneficiárias que viviam o aprofundamento de vulnerabilidades econômicas causadas pela volatilidade da renda, havia a expectativa não satisfeita de que o trâmite institucional do PBF fosse mais rápido em acompanhar as mudanças em sua situação social e em promover o alívio imediato da pobreza. Dessa forma, no seu entender, reconduziria ao PBF uma família desligada do programa, mas que por diminuição dos rendimentos devida ao desemprego, por exemplo, voltasse à linha de elegibilidade. No entanto, o processo não ocorre dessa forma. As famílias criticavam a lentidão do processamento desta informação fora do âmbito municipal, visto que tinham informações da própria SEMPHTS de que o problema da revinculação ao PBF “*não estava nas mãos do município*”. Acreditavam que o “*problema era na Caixa*” (Caixa Econômica Federal), responsável pelo pagamento do recurso, apesar de conseguirem atualizar a situação econômica com facilidade no “*cadastro na Promoção*”, ou seja, no CadÚnico realizado na SEMPHTS.

Essas famílias haviam perdido o benefício em função de não cumprimento de condicionalidades ou por se situarem centavos acima da linha de elegibilidade quando realizavam o recadastramento. Transformações na estrutura familiar, como a morte de um membro da família que trabalhava e que era o responsável ou contribuía com a renda familiar, provocavam perda de rendimentos. Ou ainda, o rompimento de laços familiares em função de processos de separação ou divórcio, que acarretavam distanciamento do principal provedor do lar em relação ao resto da família e, por conseguinte, a não participação monetária daquele indivíduo na vida econômica da família.

Uma das famílias ex-beneficiárias do PBF era monoparental, constituída por mãe e quatro filhos, abandonada pelo marido, que já tinha constituído outra família. Essa mãe vivia com apenas R\$ 100,00 por mês e não podia trabalhar, pois não tinha com quem deixar os filhos pequenos. No momento do recadastramento, estavam centavos acima da linha de elegibilidade de R\$ 140,00 *per capita*. Quando ocorreu a

separação, a família passou a se situar dentro da linha de elegibilidade de R\$ 70,00 *per capita*. A assistente social do PBF informou à família que a nova situação econômica havia sido atualizada no CadÚnico, no entanto, não conseguia explicar por que a família não voltava a ser beneficiária do programa.

No depoimento abaixo é possível entender como o PBF faz falta para o suprimento das necessidades familiares:

Faz bastante falta. Porque eu comprava, era sempre o gás, tirava do gás aí o resto assim, fazia compra, não o grosso, mas sempre um biscoito, um leite, uma fruta para as crianças, aí assim um chinelo uma roupa, aí esse mês eu pegava o dinheiro e comprava roupa para um, aí no outro mês eu já comprava roupa para o outro ou chinelo, o que eles estavam precisando mais. Aí hoje em dia não tem mais isso, comprar. Se arrebentar, pega um e emenda no do outro, a, vou assim tentando, vou levando, aí alguém aparece, um dá chinelo, sempre ganha alguma coisa, aí a gente vai assim, vai levando... (Entrevista 5).

Assim como no depoimento acima, outra ex-beneficiária também revela que a exclusão do universo do consumo, acarretada pela perda do benefício, tinha efeito nas condições de vida da família, aprofundando sobretudo a pobreza material e as vulnerabilidades econômicas do grupo.

Com esse dinheiro eu comprava alguma coisa, eu comprava comida... umas coisas para a casa, mas eu comprava roupa para eles também. Agora eu não posso comprar. (Entrevista 17).

A tensão gerada pelo não atendimento, ou atendimento parcial das necessidades sociais imediatas, constitui uma preocupação objetiva de quem está “*sobrevivendo no limite*”. Processos de exclusão econômica interferem potencializando processos de exclusão social em todas as dimensões (social, cultural e política). Desde meados da década de 1980, a CEPAL afirma que tal dinâmica deveria ser enfrentada por políticas econômicas e sociais como dimensões inseparáveis do desenvolvimento.

Tanto as políticas de emergência e de subsídios aos pobres, bem como as de reorientação das políticas sociais devem ser desenhadas tendo por objetivo final a criação de condições de integração social que são a base do desenvolvimento produtivo. Isto supõe que o desenvolvimento social tem por objetivo estabelecer a cidadania social, ou seja, lograr para todos certas condições básicas de desenvolvimento biológico, formação intelectual e de trabalho, e acesso à renda. Esta cidadania social constitui o fundamento da cidadania política, que é por sua vez, a base dos sistemas

democráticos dos países da região (CEPAL, 1986 apud Soares, 2001: 53).

O PBF elege a escassez de rendimentos como uma emergência imediata a ser enfrentada por meio da transferência de renda, o que constitui um avanço na política de enfrentamento da pobreza com impactos importantes nas desigualdades de renda (Soares; Sátyro, 2009; Lavinás 2012). No entanto, percebe-se que apesar do mérito do programa em reconhecer que a insuficiência de renda constitui uma situação de alta prioridade, esta carece de um enfrentamento efetivo que produz efeitos mais permanentes de inclusão social justamente por não se aliar a uma estratégia de inclusão produtiva. Dessa forma, o programa, que possibilita a satisfação parcial de necessidades das famílias por meio da transferência de renda, ainda não pode ser considerado um instrumento efetivo para combater a exclusão econômica, nem para proteger as famílias de processos excludentes permanentes gerados em longo prazo pelo aprofundamento das vulnerabilidades das condições de vida. Esse desajuste na política social brasileira tem comprometido a vida econômica, social, cultural e política de muitas famílias, dada a incapacidade do principal programa governamental brasileiro de transferência de renda para aliar o combate da pobreza a outras políticas setoriais determinantes do desenvolvimento com equidade.

7.1.2b “Um dinheiro que ajuda a aguentar”: o PBF como complemento de renda para suprir precariamente as necessidades da família

Muitas famílias referiam a utilização do recurso do PBF para suprir alguma necessidade além das relacionadas ao “grosso da compra da casa” – necessidades alimentares essenciais do grupo familiar. Apesar de estarem fora do escopo principal do consumo na esfera doméstica, estas necessidades tinham importância considerável, como a compra de medicamento, roupa, calçado, o pagamento de parcela de uma dívida, entre outras. .

Eu já acho que o Bolsa Família já ajuda bastante nos remédios, na alimentação, né? A gente precisa de comprar os remédios com a receita, de vez em quando a gente quer levar as crianças no médico, né? Meu marido faz um serviçinho fora, mas, né?[...] Olha, o que ele faz, o que ele consegue fazer para receber às vezes por quinzena, às

vezes por semana, ajuda sabe? Ele ganha às vezes 200 por semana, às vezes 250. Dependendo também como tá chovendo, né? Que chovendo ele também não trabalha, não adianta que não dá. Ai esse dinheiro [do PBF] até ajuda, a gente não vai dizer que dá para viver, né? Mas dá para aguentar. O Bolsa Família ajuda mais ainda um pouquinho, ai dá para aguentar um cadinho. (Entrevista 2).

Eu vejo assim, eu trabalho e eu preciso, imagina quem não trabalha! [...] O trabalho que a gente tem não supre tudo. E essa é uma rendazinha que entra para ajudar [...] O Bolsa Família auxilia muito porque as vezes meu pagamento não cai em tal dia, ou recebo o Bolsa Família em uma certa data, daí eu já não espero para receber eu vou lá e já cubro [a dívida] com o Bolsa Família. Sabe, eu vejo algum alimento que tá faltando em casa e vou lá e compro com o Bolsa Família. Então é uma coisa junto com a outra. (Entrevista 05).

Hoje eu trabalho, na época eu não trabalhava [quando começou a receber o PBF] então hoje é mais uma renda que nós temos. (Entrevista 7).

Primeiro, eu não tenho o pai da minha filha aqui, ele já se foi. Eu preciso comprar fralda, essas coisas que criança precisa. A gente vive com a pensão da minha mãe que não é muito certa das ideias. Aqui em casa são umas cinco cabeças morando junto, fora as crianças. Eu estou pelo seguro [seguro desemprego] que acaba hoje! Olha, eu não tenho como trabalhar [...] porque não dá para trabalhar com criança pequena [se referindo a filha de 6 meses] e aqui não tem uma creche. (Entrevista 8).

Vou ser sincera, porque aqui em casa, meu marido trabalha, mas você sabe... o salário é aquela coisinha muito pouca... nem 100...eu tenho um garoto grande, mas nem sempre eles estão trabalhando também, né... que aqui também tem outra dificuldade, encontrar serviço. Com esse dinheirinho, aí pega essas coisinhas, que eu pago uma prestação, é um negócio de colégio... É eu que compro. Então, se naquele mês que me faltar, já fica eu devendo lá, entendeu? É uma televisão, isso tudo é eu que compro. Essas coisas assim de casa tudo sou eu que compro, entendeu? O meu marido mesmo, é só para comer e o remédio, assim rapidamente acaba. Ai... quer dizer, nesse meio tempo que eu não recebo, eu já fico devendo lá. Se os meninos tiverem trabalhando, eles me dão pra eu repor lá, mas... tem época que não dá, né? (Entrevista 20).

Você tava falando do Bolsa Família, e eu dependo muito, porque meus dois filhos tiveram problema de saúde, se não fosse eu estaria verdadeiramente perdida... Ele com oito meses teve uma infecção intestinal e precisou tirar o intestino, um pedaço do intestino. Ele ficou muito ruim. O médico dele falou que normalmente quem tem esse problema ou tem que usar uma bolsa do lado para evacuar ou não chega a viver. O médico falou que com oito meses ele foi o único sobrevivente deste hospital. Ele falou que esses problemas no intestino, não sobrevive, ainda mais em uma criança de oito meses. Ai ele tirou um pedaço do intestino... Teve gasto também, ficou doente... Minha filha tem epilepsia, toma remédio controlado... o Bolsa Família é pra eles mesmo. (Entrevista 21).

Para mim o Bolsa Família foi uma beleza, porque eu desempregada, só o meu marido recebendo salário mínimo [...] Porque o Bolsa Família já ajuda na renda, comprando comida, roupa, remédio. (Entrevista 23).

É, aqui tem várias famílias, né? Primeiramente do interior. Que precisam do benefício. Porque aqui... ao meu ver aqui, não tem renda, né? Pessoas vivem de bico. Não tem carteira assinada, tem semana que tem serviço, tem semana que não tem. Então, essa grana ajuda de repente muitas famílias aqui... eu acredito que ajuda no ponto, até na cesta básica, né? Até na cesta básica. Por aquele fato de naquela semana de repente ele não conseguir um bico, um trabalho e calha desse benefício sair, eles gastam comprando às vezes um alimento pra família, entendeu? Eu acredito que seja nesse ponto. Tem outros que gastam conforme... aqui em casa gastava, assim, comprar as coisas pras crianças. Não alimentação, alimentação era da minha parte [...] Eu que segurava a onda aqui da alimentação. Mas às vezes por exemplo, as coisas que eu não poderia dar, porque... assim, tipo, um calçado que eles pediam, uma roupa, aí entrava a prestação... o Bolsa Família cobria esse tipo de coisa. Entendeu? Esse tipo de prestação... aí já era com o próprio dinheiro do Bolsa Família que a gente comprava as coisas pra eles. (Entrevista 27).

Diversas vezes essas famílias referiam sua condição de vida como uma condição de pobreza temporária, que com a “ajuda” do programa daria para “aguentar”. Apesar de as trajetórias de vulnerabilidade e das experiências de trabalho precário serem mais permanentes que transitórias, havia nas falas um tom de esperança, a crença de que alguma mudança ligada à esfera do trabalho/emprego daria uma guinada na situação financeira da família. Neste sentido, outras expressões eram empregadas para designar a percepção sobre a mediação do PBF para “seguir em frente”, apesar da situação econômica vivida, como: “a gente vai levando”, “a gente dá um jeitinho”, “a gente tem que se virar”, “a gente corre atrás”, “a gente aperta aqui e ali, mas vai”. Enquanto isso, o PBF era um complemento de renda que ajudava a “aguentar” a situação de pobreza, ao passo que permitia suprir precariamente algumas necessidades sociais das famílias.

A partir dessas expressões, cabe analisar o valor desse complemento. As famílias de Silva Jardim recebiam, em média, R\$ 136,00, sendo que 52,5% dos beneficiários, ou seja, 1.219 titulares recebiam valores entre R\$ 102,00 e R\$ 134,00. Vinte por cento dos beneficiários, ou seja, 462 titulares recebiam acima deste valor. Um quantitativo de com 23 pessoas recebiam o valor máximo pago aos beneficiários de Silva Jardim, R\$ 268,00 (resultado da seguinte composição: benefício básico + 5 benefícios variáveis + 1 benefício jovem). Nenhuma família do município recebia o teto pago pelo MDS, que

seria de R\$ 306,00, correspondente ao benefício básico somado a cinco benefícios variáveis e dois benefícios vinculados aos jovens (SIBEC, dezembro de 2011). Em 2012, o valor médio transferido pelo programa era de R\$ 136,62 em âmbito nacional, R\$ 133,09 no Estado do Rio de Janeiro e R\$ 136,48 em Silva Jardim (MDS, dados de junho de 2012)

Diferentes estudos apontam que as famílias beneficiárias aprovam o valor recebido pelo benefício (Mesquita, 2007; Mega, 2008; Freitas, 2008; Amaral, 2012). Estudo conduzido por Lena Lavinas (2012) com 2.200 entrevistas, sendo garantida representatividade nacional, mostra que 42% da população aprova um aumento no valor do benefício e outros 42%, desaprovam. No entanto, 73,2% dos brasileiros adultos defendem a manutenção do PBF.

Os entrevistados também manifestaram aprovação ao programa e valores recebidos, exceto quando havia reduções por fim do período de vigência do benefício variável, em função da idade do jovem ser maior que 17 anos. Apesar da demanda por aumento da oferta de empregos e das críticas relacionadas ao baixo valor recebido (entrevista 30), à inclusão indevida de pessoas que não precisariam do programa (entrevista 5) e exclusão indevida de pessoas que precisariam e não recebem (entrevista 2) ou utilizam os recursos de maneira inadequada (entrevista 18).

Todo mundo fala que precisa, né? Mas a gente nunca sabe, mas tem assim de vista, né? Que a gente sabe que precisa demais. Eu tenho minha amiga que mora aqui no canto, eu acho que ela precisa demais, dessa ajuda. Tem meu irmão também, mas que não mora aqui, não ganha. Tenho uma irmã, mas que também não mora aqui, não ganha, também, com sete filhos, mas também não ganha. Eu acho que ela precisaria, precisa muito desse dinheiro. Mas ela não consegue. Já fez, mas até hoje nada. (Entrevista 2).

E eu pensei. Não eu vou tentar porque todo mundo às vezes que num precisa.... recebe! E eu tô precisando... E outro falava [...]Eu vou largar! E eu: Você pode largar, porque eu tentar. Alguma coisa você tem, né?! (Entrevista 5).

Não era muito, mas me ajudava né? (Entrevista 30).

Porque tem mãe que aproveita o dinheiro dos filhos, né? Em vez de comprar... O dinheiro é para os filhos. Aí em vez de comprar as coisas para os filhos, elas deixam e compram mais pra elas, né? Quer andar toda bonitinha e o filho todo... sabe, né? (Entrevista 18).

A percepção do programa como uma dádiva, uma doação, “*um dinheiro dado*” aparecia frequentemente nos depoimentos, mas sem uma conotação crítica dirigida ao PBF.

Então, a pessoa que não trabalha, olha é uma mão na roda. Quando tem a chance de ter um dinheiro assim, sabe, dado! (Entrevista 7).

O governo dá, mas a gente tem que correr atrás. (Entrevista 26).

O sentido de “ajuda” vinculado ao PBF pode dificultar a emergência de um sentido de direito das famílias pobres à assistência social, viabilizado por meio de transferências monetárias. O difícil equilíbrio entre o atendimento das necessidades imediatas da população e a construção de uma política de direitos no âmbito da proteção social do Estado é um grande desafio na conjuntura atual. Por um lado, os entrevistados afirmaram a importância do PBF como um programa com repercussões econômicas importantes em suas vidas.

O atendimento às necessidades imediatas da população não pode subjugar a luta por direitos e a institucionalização da seguridade social ao enfrentamento da pobreza exclusivamente operacionalizado por meio da expansão de programas de transferências de renda.

[...] coloca-se o maior desafio para os que professam “o pessimismo da razão e o otimismo da vontade”: distinguir e compreender a necessidade objetiva da ampliação da assistência diante do agravamento da pobreza, sem a ela hipotecar o principal e às vezes único mecanismo de enfrentamento da “questão social”. [...] É necessário fazer uma distinção entre as especificidades de uma prática político-organizativa, que mesmo respondendo às legítimas necessidades postas pela realidade, pode não condensar uma consciência teórica, subsumindo o ideal ao real. Ou, em outros termos, abdicando da emancipação humana em prol dos limites da emancipação política (Mota, 2010: 145).

Apesar dos limites do PBF no que tange ao exercício dos direitos e à institucionalização da seguridade social para o enfrentamento da pobreza, as repercussões do programa na dimensão econômica da exclusão social evidenciam contribuições do PBF para as dinâmicas de inclusão social e, em alguns sentidos, da coesão social. Neste caminho, a síntese desses resultados contém os principais achados do estudo:

- Ameniza a falta e a insegurança de rendimentos, dada a inserção ocupacional precária das famílias, baixa qualificação educacional e profissional, além de um contexto socioeconômico marcado por distintas carências.
- Induz efeitos positivos nas condições de vida por meio do uso do recurso para suprir (a) necessidades básicas (alimentares, compra de materiais para apoiar a educação dos filhos, medicamentos, entre outras); (b) pagamento de contas de água e luz; e/ou (c) pagamento parcelado de bens duráveis (geladeira, televisão, rádio, etc.) desejados pelas famílias.
- Possibilita adquirir produtos pessoais e alimentares diferentes da cesta básica garantida na compra do “grosso da casa” (feijão, arroz, óleo, etc.) ou recebidos por meio de doações.
- Amplia a participação das famílias nas redes de comércio local.
- Representa recurso seguro para mulheres sem renda e em contextos de falta de suporte social ou equipamentos públicos para cuidar dos filhos, vivendo, portanto, o aprofundamento das dificuldades impostas para a inclusão produtiva.
- Figura como possibilidade de subsistência para as famílias pobres e excluídas do trabalho protegido, cuja sobrevivência dependia exclusivamente de doações e/ou favores ou implicava submissão a condições de trabalho consideradas indignas ou de remuneração muito desfavorável.

7.2 As repercussões do PBF na dimensão social

As repercussões do PBF na dimensão social dos processos de inclusão/exclusão social se relacionam aos efeitos do programa nos suportes sociais, nos vínculos e relações proximais de apoio e de solidariedade. Corporificam redes sociais de proteção e reconhecimento, constituindo anteparos importantes ao enfrentamento da pobreza e da vulnerabilidade à doença. Enfim, são dinâmicas sociais que determinam a inclusão, a integração e a coesão social, assim como o isolamento, a solidão e a exclusão social.

Segundo Leal (2005: 13), compreender a exclusão social na perspectiva de processos sociais dinâmicos aproxima o debate do paradigma da solidariedade: “Nele, a exclusão social é compreendida como deficiência de solidariedade, isto é, como quebra do vínculo social entre indivíduo e sociedade, especialmente quanto à orientação cultural e moral”.

Desde a década de 1970, autores franceses como Gaulejac e Taboada-Léonetti (2009) vêm destacando que os processos que deterioram os vínculos e a solidariedade coletiva têm início na esfera do trabalho, ou melhor, “na incapacidade crescente de o trabalho atuar como meio de inserção estável de todos os indivíduos na sociedade” (Leal, 2008: 36). A desinserção do mundo do trabalho enfraquece os laços sociais, conduzindo à desvinculação social e à perda do sentido da própria existência.

Aujourd'hui, les sociétés post-industrielles sont plutôt confrontées à des phénomènes de dualisation et d'exclusion sociale; phénomènes qui posent le problème de la mise à l'écart de groupes sociaux, inemployés - ou inemployables - par l'appareil de production, et dont le lien s'affaiblit au point de pouvoir se demander s'ils peuvent encore être considérés comme des citoyens ayant une place dans leur société. Des phénomènes d'exclusion frappent aujourd'hui aussi bien des populations qui se trouvaient intégrées antérieurement - c'est le cas des travailleurs ayant perdu leur emploi, mais aussi celui des retraités et des vieillards devenus « inutiles », des femmes seules, veuves ou divorcées, sans qualification, des malades..., tous ceux qui avaient une place sociale et l'ont perdue - que des populations pour lesquelles l'entrée dans le monde du travail et dans la société semble bloquée - c'est le cas des jeunes à la recherche d'un premier emploi stable, ou de certaines catégories de population reléguées dans les périphéries des grandes villes, pour lesquelles le problème est de s'insérer dans la société, de s'y trouver une place et un sens à leur existence¹⁰⁶ (Taboada-Léonetti, 2009: 53).

¹⁰⁶ “Hoje, as sociedades pós-industriais são bastante confrontadas aos fenômenos da dualização e da exclusão social; fenômenos que apresentam o problema de marginalizar grupos sociais, desempregados -

Processos excludentes de origem econômica são capazes de afetar a vida familiar e comunitária em diferentes esferas, bem como alterar a constituição e a estabilidade dos vínculos sociais. Escorel (2008: 108-9) afirma que as vulnerabilidades de ordem econômico-ocupacional e de rendimentos têm uma relação estreita, “ainda que não mecânica nem determinística” com a distensão dos laços familiares. Segundo a autora, “a precariedade material e a pauperização dos núcleos familiares” podem induzir à desintegração social parcial ou completa.

A pobreza e a fragilização de laços familiares podem vir acompanhadas de um enfraquecimento dos vínculos e do sentido de pertencimento comunitário. Este mecanismo também aprofunda a exclusão e deteriora a coesão social, ao anular “parte da capacidade dos ‘corpos intermediários’ – escolas, igrejas, sindicatos etc. – de produzir valores universalistas que pudessem transcender os interesses particulares e formar sentimentos de solidariedade coletiva” (Leal, 2008: 36).

A quebra de laços de reconhecimento e solidariedade, especialmente no nível familiar e comunitário, torna os indivíduos mais vulneráveis às repercussões da pobreza, ao risco da doença, à violência, entre outros aspectos que o estabelecimento de redes sociais é capaz de mediar, atenuar ou proteger.

As relações fundadas no reconhecimento mútuo (identidade social), na reciprocidade e na afetividade constituem anteparos sociais importantes contra a desinserção social (Gaulejac; Taboada-Léonetti, 2009) e a fragilização de vínculos sócio-familiares e comunitários (Paugam, 1991; Castel, 2004; Escorel, 1999). Isso coloca em evidência como os laços primários de solidariedade, as relações de parentescos, as de vizinhança, as redes de ajuda, as estabelecidas no bairro, na igreja, entre outras, podem favorecer as dinâmicas de inclusão social.

Sobre tais aspectos, buscamos investigar como a institucionalidade, o modelo operacional e as repercussões do PBF podem ter diferentes efeitos na vida das famílias

ou ‘inimpregáveis’ – para o sistema produtivo, e no qual o laço social se enfraquece ao ponto de estes indivíduos se perguntarem se ainda podem ser considerados cidadãos tendo um lugar em sua sociedade. Os fenômenos de exclusão atualmente incidem também nas populações que anteriormente estavam integradas – como no caso dos trabalhadores que perderam seus empregos, mas também dos aposentados e dos idosos tornados “inúteis”, das mulheres sozinhas, viúvas ou divorciadas, sem qualificação, dos doentes... todos aqueles que *tiveram* um lugar social e o *perderam* – das populações para as quais a *entrada* no mundo de trabalho e na sociedade parece bloqueada – como é o caso de jovens em busca do primeiro emprego estável, ou de certas categorias da população relegadas às periferias das grandes cidades, para os quais o problema é de se *inserir* à sociedade, de encontrar um lugar para si e um significado para sua existência” (Tradução livre).

beneficiárias, considerando a interseção entre o programa e o modo de organização social de determinada comunidade.

7.2.1 “Ser alguém na vida”: o PBF e a busca de um lugar social a partir da educação

A expressão “ser alguém na vida” era comumente verbalizada pelos entrevistados. Algumas vezes em tom de um desejo, um sonho a ser vivido, outras no sentido de um planejamento futuro, uma meta a ser concretizada. Esta expressão geralmente estava associada à conquista de algo não disponível no tempo presente, mas a ser provido pela via do trabalho ou da escolarização no futuro, como conquistar um “bom emprego” e por meio dele, ser mais respeitado. Neste caminho, o sucesso obtido determinaria uma posição melhor na estrutura social, como também mais reconhecimento, respeito e *status*¹⁰⁷.

O encontro de um lugar social faz referência às aspirações daqueles que buscam ampliar sua inclusão na sociedade a partir do estabelecimento ou fortalecimento de redes sociais de reconhecimento, poder e *status*. Ou seja, “ser alguém na vida” significa assegurar um lugar privilegiado na sociedade. A educação e o trabalho eram os principais mecanismos para tal, conduzindo, portanto, à mobilidade social ascendente. Neste caminho, o PBF também apresentava alguma contribuição, visto que a renda obtida a partir o programa ampliava a capacidade da família de participar na vida comunitária. As falas dos entrevistados ressaltavam a mobilidade social ascendente como um elemento valorizado no grupo.

De fato, o PBF tem impacto na elevação da renda média nacional, avaliado em 2%¹⁰⁸ por meio da última PNAD 2011, contribuindo assim para a mobilidade social ascendente (IPEA, 2012a). Ou seja, junto com o trabalho e a previdência, o PBF pode ser considerado uma força motriz para a inclusão, especialmente via elevação dos

¹⁰⁷ *Status* pode ser definido como nível de prestígio e honra que indivíduos ou grupos usufruem. Segundo Weber (1971), o *status* e as relações de poder que determinam as diferentes posições dos indivíduos na estrutura social não se originam necessariamente de relações econômicas (de classe); podem ser sociais - definidas pelo modo de organização sociocultural, ou políticas.

¹⁰⁸ Sendo que o impacto de outras fontes de rendimentos na renda média foram: Trabalho (76%), Previdência (21%), Bolsa Família (2%), Benefício de Prestação Continuada (2%) e Outras Rendas (-3%) (IPEA, 2012a: 7-8).

rendimentos dos estratos inferiores de renda (Soares, 2006; Soares et al., 2007a;b; Soares; Sátyro, 2009; IPEA, 2012).

Nota-se que o índice de Gini foi reduzido de 0,535 em 2001 para 0,527 em 2011, com a participação proporcional das seguintes fontes de rendimentos na redução da desigualdade de renda: Trabalho (58%), Previdência (19%), Bolsa Família (13%), Benefício de Prestação Continuada (4%) e Outras Rendas (6%), como aluguéis e juros. Nesse período, a renda *per capita* dos 10% mais ricos aumentou 16,6% em termos acumulados, enquanto a renda dos mais pobres cresceu notáveis 91,2% no período (IPEA, 2012: 6). Portanto, trabalho, previdência e transferências de renda governamentais foram importantes para a edificação da chamada “Década Inclusiva” (IPEA, 2012a).

As famílias traduziam esse aumento da renda familiar como uma possibilidade de mobilidade social. Nesse sentido, o PBF era apresentado pelos entrevistados como um auxílio monetário disponibilizado pelo governo em favor da mobilidade social ascendente de seus beneficiários. As famílias acreditavam que a renda do programa, conjugada ao acesso à educação, poderia transformar as trajetórias geracionais de exclusão social – uma possibilidade não vivenciada pelos adultos da família, mas uma oportunidade oferecida a crianças e adolescentes.

Meu pai morava em fazenda, entendeu? Trabalhava de enxada. Aquilo não dava para comida das crianças, daí a gente mudava. Aqui não está dando para dar comida para as crianças, agora nós vamos morar em outro lugar. Eu era de Boa Esperança, criada lá. [...] Meu pai parava só seis meses em um lugar, e botava o saco nas costas e mudava de novo. Depois de milhares de mudança, [...], vim parar aqui. Estou aqui até hoje, tem vinte anos. A gente passou uma vida de muita pobreza, muita fome. Agora hoje em dia meus filhos já não têm mais essa pobreza toda, entendeu? Tem almoço, jantar, ajuda do governo, entendeu? E a gente não tinha nada disso, entendeu? [...] Hoje em dia prefeito dá o material de escola... Eu sempre falo com elas: se eu tivesse a vida que vocês têm, estuda! Na minha época o pai falava: hoje não vai para a escola não porque hoje nós temos que ir pra roça, tem que capinar porque se não vocês vão ficar sem comida. Então, nós deixávamos de ir pra escola pra ir pra roça capinar. Então quer dizer que eu só tive a quarta série. Entendeu? Então eu falo pra elas, se eu tivesse o que vocês têm hoje que pode estudar, tem a ajuda do governo que dá pra vocês estudar, eu hoje era alguém na vida! (Entrevista 23).

No entanto, o reconhecimento dessa contribuição do programa não atenuava a importância do mundo do trabalho como um dos principais vetores de organização da

vida social e determinação do lugar ocupado pelos indivíduos na sua estrutura. Quando os entrevistados diziam “*a gente não tem condição nenhuma*”, significava que a falta de emprego e renda limitava “a condição” de participação daquelas pessoas na vida econômica e social da comunidade. Ou seja, a precariedade econômica condicionava o indivíduo a ocupar um lugar na estrutura social inferior ao desejado.

Reisdörfer (2008), em estudo sobre as representações sociais das ações sócio-educativas entre beneficiários do PBF em Blumenau (SC), destaca que os entrevistados percebem a centralidade da escola e “do estudo” como mediadores da ascensão social e profissional. Dessa forma, a educação era considerada pelas famílias um mecanismo seguro para garantir um futuro com melhores condições de vida.

Na fala de todas as famílias entrevistadas em Silva Jardim, a educação aparece como o principal condicionante da mobilidade social positiva. As famílias acreditam que o alcance de melhores condições de vida deve ocorrer a partir da inserção ocupacional, e para tanto se torna imprescindível o acesso à educação. Esta compreensão fica explícita na perspectiva de uma mãe, negra, analfabeta, desempregada, e que se esforça sozinha para criar seis filhos.

Agora eles estão estudando até em dia de sábado [...] porque, em março, em fevereiro ninguém estudou não senhora. Aí agora eles estão pagando em dia de sábado. Vão estudar até julho. Eles reclamam, mas eu digo: Ah, meu filho, mas tem que estudar porque senão vocês ficam atrasados no estudo. Tem que estudar, não pode ficar parado não. Ser alguma coisa na vida, ter o emprego deles, ter as coisas deles direitinho. Eu nem todo tempo vou ficar viva pra poder cuidar deles e eles vão crescer também, tem que ter as coisas deles, né? Então tem que estudar pra poder ser alguma coisa na vida. [...] É o mais importante depois de ser feliz, né? Ser alguma coisa na vida. E quem não tem estudo, não tem nada. (Entrevista 17).

Há consenso de que a redução da pobreza e da desigualdade passa necessariamente pela democratização do ensino de qualidade, capaz de instrumentalizar os jovens para o mercado de trabalho. No entanto, há divergências entre a percepção dos entrevistados e a realidade objetiva. Isso porque não há relação direta entre a expansão da educação e o aumento da renda do trabalhador. Para alguns segmentos de trabalhadores, tal expansão é incapaz de compensar a desigualdade de renda vigente entre os grupos.

Segundo Menezes-Filho, Fernandes e Pichetti (2007: 285-286), “a despeito da visão tradicional de que um aumento do capital humano deveria diminuir a

desigualdade, vários autores notaram que uma expansão educacional pode provocar um aumento da dispersão de rendimentos”. Os autores afirmam ainda que, além de os rendimentos no Brasil serem relativamente baixos, as diferenças entre os grupos educacionais são bastante elevadas, pois o trabalhador mediano com ensino superior recebe cerca de seis vezes mais do que o trabalhador mediano com ensino primário, e cerca de três vezes mais do que o trabalhador com ensino médio.¹⁰⁹ A produção de equidade neste sentido deveria ocorrer pelo aumento de anos de estudo do trabalhador.

Paes de Barros, Franco e Mendonça (2007: 322-323) afirmam: “no que concerne à contribuição da educação para a desigualdade de renda, tão importante quanto a sensibilidade da remuneração do trabalho à educação é o grau de desigualdade educacional da força de trabalho”. Os autores afirmam que a partir de 2001-2002 a desigualdade educacional da força de trabalho começou a declinar, influenciando também a desigualdade de renda *per capita*. E acrescentam: “a desigualdade educacional só começa a declinar quando a escolaridade média da força de trabalho supera um nível mínimo, normalmente próximo a sete anos de estudo”. Ou seja, no quadro atual, assegurar somente a educação primária é insuficiente para garantir mudanças na desigualdade de renda *per capita* pela elevação dos rendimentos dos segmentos de trabalhadores com baixa remuneração.

A situação torna-se profunda ao se verificar que o Brasil convive com dificuldades na educação secundária e na inserção ocupacional de jovens. Um contingente importante de adolescentes e jovens brasileiros está fora da educação formal e sem emprego, ou possui trabalhos de baixa remuneração. Dados recentes disponíveis em estudo conduzido pelo Ministério da Educação (MEC) mostram a grande evasão escolar de jovens e adolescentes¹¹⁰ e um declínio da participação desse grupo etário no mercado do trabalho. O quadro é mais dramático ainda quando observamos que entre os que frequentam a escola, 55% não terminaram o Ensino Fundamental quando deveriam estar inseridos no Ensino Médio, caso não houvesse distorção idade/série. Ou seja, são dinâmicas de exclusão educacional ligadas à série e à

¹⁰⁹ O estudo foi conduzido com a seguinte estratificação educacional dos grupos de trabalhadores: Primário incompleto (até 3 anos de estudo), secundário incompleto (de 4 a 7), ensino médio (de 8 a 11) e superior (de 12 ou mais anos de estudo) (Menezes-Filho; Fernandes; Pichetti, 2010).

¹¹⁰ Cerca de 18% dos jovens brasileiros na faixa etária de 15 a 17 anos (10.262.468 jovens) estão fora da escola (DATA). Em 2009, o índice era de 14,8%. Quanto ao sexo, são 49% de mulheres, 51% de homens: 55% se autodeclararam pretos ou pardos e 81% moram nos centros urbanos (MEC, 2011).

idade no ciclo educacional. Quanto ao mercado de trabalho, 29% já possuem alguma inserção, sendo que 71% deles recebem menos de um salário mínimo (MEC, 2011).

Com certeza, são essas as frações dos jovens que entram mais cedo no mercado de trabalho e largam mais cedo a escola, antes mesmo do tempo mínimo obrigatório de escolarização e de proteção ao trabalho. São eles que evadem, abandonam, repetem anos na escola por não conseguirem acompanhar os ritmos definidos pela cultura escolar. São eles que buscam o ensino noturno e a Educação de Jovens Adultos para permanecerem estudando, o que demonstra que, apesar dos fracassos, o valor da escola ainda é relevante. São eles que não partilham do banquete da modernidade, restando-lhes as migalhas que lhes sobram. As promessas de ascensão social por meio de uma escolaridade longa distanciam-se no horizonte, pois nem a escolaridade básica e, mais precisamente, nem a educação prevista e garantida em lei como obrigatória e gratuita – o ensino fundamental – estão consolidadas para essa fração juvenil (MEC, 2011: 18).

No que tange às mudanças promovidas pelo PBF no âmbito da educação, apesar de algumas repercussões positivas, os resultados não sustentam que tais efeitos serão capazes de promover alterações para superar as desigualdade educacionais vigentes e conduzir à mobilidade social ascendente. Nota-se que as mudanças avaliadas em relação aos efeitos do PBF se restringem à educação primária, e este nível de ensino não garante ascensão no patamar de renda e, por conseguinte, na posição do indivíduo na estrutura social. Melo e Duarte (2010), ao avaliarem os efeitos do PBF na escolarização de crianças de cinco a 14 anos em meio rural, cujas famílias eram beneficiárias do programa face a um grupo controle sem o benefício, observaram aumento da frequência escolar das crianças de 5,4 a 5,9%, além de efeitos distintos entre meninos e meninas.

Glewwe e Kassouf (2012) analisaram o impacto do Programa Bolsa Família no rendimento escolar de crianças no Brasil com base no Censo Escolar de 1998 a 2005. Para tanto, compararam mudanças na taxa de matrícula, aprovação e abandono de alunos nas escolas públicas. Os resultados mostraram que o Programa Bolsa Família aumentou as matrículas de 1ª a 4ª série em 5,5% , e de 5ª a 8ª série em 6,5%; diminuiu as taxas de abandono escolar em 0,5 ponto percentual nas escolas de 1ª a 4ª série e em 0,4 por cento nas de 5ª a 8ª série; e aumentou as taxas de aprovação em cerca de 0,9 ponto percentual de 1ª a 4ª série e 0,3 ponto percentual de 5ª a 8ª série. Ou seja, não há estudos sobre efeitos do PBF na população jovem que busca a profissionalização por meio da educação.

De maneira geral, a educação sempre é apontada como condição para mudança da situação de pobreza das famílias (Yannoulas; Assis; Ferreira, 2012). No entanto, autores têm destacado a desarticulação de ações entre os campos da educação e assistência social em função da fragilidade de ações intersetoriais. Tais limites alertam que prevalece no espaço público uma visão romantizada e benevolente sobre o PBF como política social (Herkenhoff et al., 2012).

Além disso, é importante atentar para outros elementos determinantes da reprodução social e cultural, intimamente relacionados com a mobilidade na estrutura social, os quais não podem ser analisados apenas a partir de um olhar isolado para os ganhos advindos da escolarização. Em suma, os investimentos aplicados na carreira escolar integram-se a um “*sistema de estratégias de reprodução*” (econômica, cultural, social), pelas quais “cada geração esforça-se por transmitir à seguinte os privilégios que detêm” (Bourdieu, 2007: 313).

Isso nos leva a concluir que, apesar de sua importância, nem o poder econômico nem a escolarização isoladamente substituem, pura e simplesmente, os mecanismos tradicionais que determinam poder e privilégio dos sujeitos na estrutura social. A origem dos indivíduos, a cor da pele, o local de moradia, entre outros aspectos, podem ser determinantes nas relações de poder e *status*. O capital cultural também pode figurar como elemento interveniente nesta relação.

Bourdieu (2007: 313) afirma que existe “uma relação muito forte entre êxito escolar e capital cultural legado pela família” – medido pelo nível de escolaridade dos ascendentes de gerações anteriores. O autor exemplifica tal constatação ao indicar que o capital cultural de filhos de professores pode equalizar as condições de competição destes indivíduos “com frações culturalmente mais desfavorecidas das classes superiores”. Neste caso, para alguns segmentos em posição intermediária na estrutura social, o capital cultural compensa, de alguma forma, a falta de poder econômico.

A baixa escolaridade das famílias beneficiárias e ex-beneficiárias em nosso estudo, conjugada à de suas gerações anteriores – como é possível supor em função das histórias de vida relatadas sobre o trabalho no campo, a precariedade econômica e a falta de acesso à escolarização – nos levar a crer que o capital cultural dessas famílias era limitado. Não por acaso, a taxa de analfabetismo na população de 60 anos ou mais em Silva Jardim no ano 2000 era de quase 50%, segundo dados do IBGE (2012). Ou

seja, tratava-se de indivíduos desfavorecidos em termos de capital cultural, poder econômico e escolarização.

A despeito da junção de diferentes vulnerabilidades que afetavam negativamente a mobilidade social, a escolarização era a esperança dos entrevistados para obter mudanças na estrutura de poder e privilégios. Em função desse valor, era quase unânime entre as famílias entrevistadas a compreensão de que as condicionalidades de educação do PBF possibilitariam ganhos na mobilidade social ascendente.

Neste caminho, as famílias afirmavam que tais condicionalidades eram importantes para manutenção e aumento da frequência escolar das crianças, na medida em que seu cumprimento exigia mais atenção dos pais sobre o cotidiano escolar dos filhos. Essas contrapartidas vinham ao encontro de uma assertiva entre as famílias: “criança não deve faltar à escola, a não ser em uma situação de doença”.

Eu acho que é uma coisa que eles estão certos, né, porque a criança não pode faltar à aula por bobeira, a não ser que esteja doente, mas não à toa. O meu quando falta porque está doente, leva atestado direitinho e explico na escola: ele não veio porque está passando mal, não pôde vim! Mas tem mãe que deixa a criança na rua e não vai para a escola, né?! (Entrevista 16).

Os entrevistados sabiam que o não cumprimento das condicionalidades da educação tinha como consequência a suspensão ou o cancelamento definitivo do benefício. Dessa forma, seu controle era necessário para garantir a continuidade no recebimento dos recursos do PBF, gerando, por fim, o compromisso dos beneficiários em atender às exigências do programa.

Na escola eles fazem controle se tá indo... Dela começou agora, né? É o primeiro ano delezinho também. Tem que ir na escola por causa da Bolsa. [...] senão corta. (Entrevista 13).

Eles têm que ir por causa do Bolsa Família... Porque, com o Bolsa Família que eu ganho eu compro as coisas pra eles. E eles têm que ir mesmo, pra aprender, pra ser alguém na vida, pra não ser igual eu. Entendeu? São as duas obrigações. (Entrevista 22).

Mesmo aquelas famílias que tiveram seu benefício bloqueado ou suspenso pelo descumprimento das condicionalidades da educação aprovavam a existência dessa contrapartida como fator positivo para educação dos filhos, visto que a educação estava sempre associada à possibilidade futura de ascensão social. Apenas em uma entrevista, a exigência de contrapartidas foi questionada.

Eu acho que Bolsa Família não tinha que ter nada a ver com a escola. Porque se a pessoa precisa, não tem a ver com a escola. (Entrevista 19).

Os entrevistados também assinalam a severidade do controle das condicionalidades da educação, cujo acompanhamento era muito mais efetivo do que o realizado para as condicionalidades da saúde.

A escola tem que estar tudo em dia, não pode faltar [...] Na escola eles exigem o controle mesmo. Agora no posto você vai se quiser. Agora na escola tem que estar em dia, acho que são 15 faltas. Aí no próximo mês você não recebe, eles cortam. Aí se no próximo mês estiver tudo direitinho aí você volta a receber. (Entrevista 16).

Eles falam assim, “Tem que pesar as crianças, tem que pesar você, tá...”, e quanto aos adultos? Eu conheço pessoas que tem filhos adolescentes dentro de casa, que recebem ainda. E que nem cadastro faz, não pesa, não faz nada e ainda recebe e nunca foi cortado. Eles sempre que vem aqui em casa, eles falam: É obrigatório! Se você não fizer isso, você vai ser cortado! Mas eu conheço... uma amiga mesmo minha, ela tem duas filhas adolescentes e um dia eu falei: Olha, hoje vai ter cadastro! E ela falou: Ah, eu nunca faço isso não, mas nunca fui cortada! Então eu não entendo se é pra isso, eu não entendo. Mas eu pra minha precaução, com medo de perder por causa que eu preciso, eu vou na Promoção Social e faço o cadastro, vou aqui, sempre procurar estar em dia. Mas na escola é diferente, corta mesmo, você já viu já... Eu nem deixo minha filha faltar aula por causa disso. Corta mesmo. Na escola corta, porque eu já vi até caso de amigos meus sendo cortado. (Entrevista 21).

A ameaça relativa à suspensão ou bloqueio do benefício pelo descumprimento das condicionalidades é entendida como uma estratégia que indiretamente incentiva a educação.

Eu acho certo, porque a gente tem que dar um jeito de incentivar. Pelo menos foi uma estratégia boa, porque eu sempre falo com minha filha... Ela fala, “mãe compra isso”, então você tem que estudar se não vai cortar o Bolsa Família. Então isso foi uma estratégia boa [...] E porque também ela precisa de um dinheirinho pra comprar merenda, aí eu falo: Por isso que você tem que estudar, para ter seu dinheiro! Pra mim isso é um incentivo. Eu concordo com isso. Concordo. (Entrevista 21).

Outras vezes, a possibilidade de bloqueio ou suspensão do benefício é percebida como um controle que penaliza famílias necessitadas, visto que ao descumprirem esta contrapartida e perderem o benefício, as vulnerabilidades sociais – já demonstradas pela

incapacidade de cumprir as condicionalidades – são ainda mais aprofundadas. Senão, vejamos:

A minha vizinha Maria¹¹¹ foi cortada, essa precisava e muito tadinha... mas eu acho isso uma injustiça, só porque o filho adolescente já sabe o que não quer, e ele não quer estudar, ela não tem culpa. Entendeu? Ela não pode obrigar um adolescente! Se você ver o garoto, o tamanho dele, você fala: Nem eu quero obrigar esse garoto a estudar!!! Se você vê, um negão altão, falta pouco bater na mãe, como ela vai obrigar? Mas realmente ela precisa [...] Vem carro do juiz, defensoria... Mas ele não respeita não. Aí ela tem a bolsa prejudicada.. e os pequeninos? (Entrevista 22).

A mesma vizinha referida acima, uma ex-beneficiária extremamente pobre e analfabeta que teve o benefício cancelado pelo descumprimento das condicionalidades da educação, responsabiliza o filho pelo ocorrido, pois o considera culpado pela família ter infringido um pacto estabelecido entre o governo e as famílias beneficiárias: o dinheiro em troca da frequência escolar. Diversas famílias do bairro citavam este mesmo caso e também condenavam o adolescente pelo aprofundamento da miséria de sua família, em função do cancelamento da bolsa.

O governo fez bem feito... eu não sou contra o governo não. O contrário, as crianças que não querem andar direito! As crianças têm que andar corretas, ué! Tá certo! Não quer receber, não quer estudar... tem que tirar. Porque vai ficar pagando um dinheiro pra criança que não ta se apresentando na escola? [...] Dá o dinheiro pra uns e outros ficar à toa? Ele [o governo] ajuda as pessoas, a gente ajuda ele. (Entrevista 17).

As mães eram diretamente responsabilizadas e consideradas pela comunidade como “culpadas” pela suspensão ou cancelamento do benefício, principalmente quando estava ligado a condutas “inadequadas”, como o descumprimento das condicionalidades da educação, especialmente quando se tratava de crianças. Sua culpa residia no fato de serem consideradas coniventes com a ausência dos filhos à escola por motivos entendidos como banais. Quando este fato estava ligado à frequência escolar de adolescentes ou jovens, a “culpa” era atribuída aos próprios. Neste caso, prevalecia a seguinte regra social: a mãe é a responsável pela educação dos filhos quando crianças. Tratando-se de jovens e adolescentes, eles mesmos são os responsáveis, ou seja, são

¹¹¹ Nome fictício.

considerados sujeitos autônomos para arcar com o ônus de comportamentos “quase criminosos” em relação à educação.

Neste caso, a crítica pública ao comportamento repudiado, implícito no ato “infrator” de não frequentar a escola, passa a ser feita a quem é considerado “infrator”: a mãe das crianças ou os adolescentes e jovens. Segundo relatos obtidos no trabalho de campo, os descumprimentos eram considerados frutos de “malandragem” ou irresponsabilidade no caso dos jovens. Em relação às mães, entendia-se que esta conduta se originava do fato de possuírem “um número grande de filhos, sem ter condições de cuidá-los” adequadamente, gravidezes muito próximas como um sinal de desleixo pessoal e falta de cuidado com a família, abuso de bebidas alcoólicas, falta de harmonia no grupo familiar – excesso de brigas, muitas delas violentas –, e/ou numerosos parceiros sexuais. Portanto, esses “*outsiders* – aqueles que se desviam das regras do grupo” eram considerados pela comunidade como portadores de características qualitativamente distintas e inferiores (Becker, 2008: 17). Estas trouxeram como consequência negativa a incapacidade de manter o “*pacto com o governo*” sobre o cumprimento das condicionalidades.

É questionável se as contrapartidas da educação são capazes de ampliar a inclusão e a coesão social das famílias beneficiárias, e favorecer o enfrentamento de iniquidades sociais e de saúde, visto que a educação é um importante determinante social da saúde. Enquanto o cumprimento das condicionalidades da educação é apresentado como fator de inclusão social (Mesquita, 2007), seu descumprimento também tem consequências que fragilizam a quebra de laços sociais familiares e comunitários, aumentando as vulnerabilidades no sentido da exclusão social, minando as redes sociais de apoio e fragilizando a coesão social.

Essas trajetórias excludentes são acentuadas quando entram em cena questões de gênero. Autores como Medeiros e cols. (2007) e Mariano e Carloto (2009) afirmam que à medida que a obrigação sobre o cumprimento das condicionalidades recai sobre a mulher, cristalizam-se os tradicionais papéis de gênero que reforçam a figura feminina como responsável pela educação e cuidado com os filhos. Neste sentido, as consequências sobre o descumprimento das condicionalidades tendem a culpabilizar e penalizar, na maioria das vezes, as mulheres.

O debate sobre as condicionalidades deste setor está pulverizado entre posições favoráveis a tais contrapartidas, pois as consideram como ações positivas à educação –

portanto, ao desenvolvimento do capital humano (Lindert et al., 2007; Estrella; Ribeiro, 2008b; Haddad, 2008; Monteiro et al., 2009; Castiñeira et al., 2009). Outros questionam o quanto tal exigência afeta o usufruto do direito à assistência social (Monnerat et al., 2007; Mota, 2010).

Os entrevistados da nossa pesquisa consideraram esta contrapartida como uma forma de controle, mas aprovam sua existência. A legitimidade social desse controle tem como pano de fundo a crença das famílias sobre a existência desse suposto “pacto” relacionado ao cumprimento das condicionalidades da educação. Além disso, afirmavam que o acordo, quando quebrado pelas famílias, dificilmente seria reestabelecido. Neste sentido, existia a percepção entre os entrevistados de que se o benefício fosse bloqueado, ou como eles mesmos diziam, “*cortado*”, seria muito difícil que a família voltasse a recebê-lo.

Falam que agora é muito difícil voltar a receber de novo, falou que é muito difícil voltar a receber. Falam que até pode voltar, falam que sempre que é cancelado assim para voltar eles falam que é difícil. Mas sempre tô indo lá e tô fazendo o recadastramento. Aí vou esperar para ver! (Entrevista 5).

A percepção das famílias sobre a existência de certa intransigência do governo para o reestabelecimento do benefício remetia a uma avaliação negativa do PBF. Os entrevistados ex-beneficiários queixavam-se das dificuldades encontradas para voltar a participar do programa depois de terem sido excluídos.

Outra avaliação negativa do PBF foi feita por um beneficiário quando o comparou ao programa Pró-Jovem. Na sua compreensão, no Pró-Jovem havia um estímulo diferenciado à educação, o qual ele não percebia no PBF. Tal beneficiário também tinha crianças na escola que cumpriam as condicionalidades da educação.

Eu acho melhor o Pró-Jovem porque o Pró-Jovem ensina, tem um ensinamento, você sai de lá aprendendo muito mais. Eu tinha uma professora que ela foi daqui do Caxito e ela achava que eu sempre... Ela falava: você veio para brincar. Você só vai atrapalhar minha aula. Aí eu falava comigo: eu vou mesmo. Eu não vou aprender nada mesmo, sétima série... vou aprender o quê? Aí, depois me interessei, uma coisa mexeu em mim. No final das contas ela me passou com notas boas. Apreendi muitas coisas, ela é que me incentivou a voltar a estudar, mudou totalmente em uma coisa que eu fui pra brincar [...] A gente ganhava 100,00 reais lá [...] Porque os 100 reais todo mundo dizia que a gente nunca iria ganhar, custou vir.... .dois, dois meses e eu...nossa! (Entrevista 1).

Enfim, a educação figura como importante valor social para essas famílias. Muitos entrevistados destacaram o desejo em estudar (entrevista 1), as dificuldades para tal (entrevista 23) e os constrangimentos que a falta de acesso à instrução escolar podem gerar (entrevistas 18 e 24) para quem não sabe ler ou lê muito pouco.

Eu ainda tenho que me dá exemplo. Pras minhas pequenas ainda porque eu ainda quero. Cumprir... O que eu, não vou dizer tentar, eu vou. Porque eu nasci pra isso, sei lá. Quero estuda. [...] Eu pretendo, vou terminar os estudos. Terminar o segundo grau, e vou fazer um curso. Porque faculdade, eu quero pagar pros meus filhos. Eu só vou mesmo terminar, os estudos e vou fazer um curso. (Entrevista 1).

Eu gostaria de fazer um curso. Mas aqui é caro pra caramba, 60,00 reais e a gente não tem condição de pagar o curso. Eu disse para ele [o filho] acabar o supletivo, fazer o primeiro ano a noite e arrumar um emprego nessas lojas aí para pagar o curso, se não... fica difícil! (Entrevista 23).

Eu não participava na igreja não porque aí eu tinha que ficar pedindo uma pessoa, porque tem letra que eu nem conheço, não entendo [...] às vezes eu quero ler uma coisa rápido e você não consegue, tem que estar gaguejando aquilo ali. Eu não! Eu gosto de ler rápido! Igual minha filha que está com oito anos. Minha filha sabe ler tudo! Eu quero ser assim... Agora que ela tá grande, tá moçona, pode cuidar da irmã para eu ir estudar. (Entrevista 18).

É muito ruim. A pessoa que não sabe ler... aí de vez em quando eu falo com meus netos: faz esforço de aprender a leitura, porque é muito ruim a pessoa sem a leitura. É triste uma pessoa que não sabe uma leitura. Aí você tem que assinar um troço, você tem que fichar¹¹². Precisa de fazer uma outra coisa... fichar. Eu acho que isso é uma vergonha. E eu podia ter aprendido tudinho na cartilha. O abecedário eu sabia tudo, esqueci tudo. Acabou tudo. (Entrevista 24).

Ao longo do trabalho, foi possível verificar também que era unânime a compreensão das famílias de que o recurso financeiro do PBF era importante para apoiar a educação, pois favorecia a manutenção das crianças na escola ao permitir a aquisição de itens importantes no cotidiano escolar. Isso acarretava também outras repercussões positivas vinculadas ao programa, visto que ao assegurar tal consumo, afastava o beneficiário de um possível sentimento de inferioridade relacionado com a não garantia do atendimento dessas necessidades.

Todas as famílias beneficiárias com filhos na escola assinalaram utilizar os recursos do PBF para apoiar a educação dos filhos por meio da compra de material

¹¹² “Fichar” significa realizar a identificação a partir da impressão digital com tinta do dedo polegar em papel em substituição à assinatura.

escolar (cadernos, lápis, etc.), lanches para consumo na escola, além de roupas e calçados escolares.

As famílias têm a preocupação de suprir as necessidades das crianças com este tipo de gasto e contam com os recursos do PBF e com apoio da Secretaria de Educação do município, que distribui gratuitamente uniformes e alguns itens de material escolar ao longo do ano.

Agora que começaram a estudar, tem que comprar o material pra eles. Agora por exemplo, eu não tinha como comprar material. E ele disse, não, mãe, o caderno do ano passado sobrou um pouco. E vou usar esse mesmo. Aí foi. Aí, tá lá. Agora a escola deu um caderno, o que pra mim tá bom. E ele me disse: Mãe, consegui um cadernão. Eu disse: tá beleza! (Entrevista 13).

Alguns entrevistados relataram utilizar os recursos para a qualificação profissional em cursos de informática e inglês.

Meu filho estuda faz supletivo e curso de informática.

Pesquisadora: A participação nesses cursos tem a ver com o Bolsa Família?

Entrevistada: Ah, tem! Eu pago o curso dele. Eu pago o curso de informática dele. (Entrevista 7).

Entrevistada: Eu comecei um curso de inglês em meados do ano passado.

Pesquisadora: O programa Bolsa Família tem a ver com o fato de você começar a fazer curso de inglês?

Entrevistada: É, com certeza. Porque se eu recebo um valor ainda que pequenininho isso já ajuda. Embora meus filhos não morem comigo, mas eu recebo o Bolsa Família e repasso pra eles. Então o que eu iria tirar do meu bolso eu tenho através do Bolsa Família e isso me dá condição de fazer um curso de inglês. (Entrevista 12).

Pesquisadora: Quando você recebe do Bolsa Família, o que você geralmente faz com esse dinheiro...

Entrevistada Não tem como, né? Voltou as aulas eu tive que comprar material de escola.

Pesquisadora: Eles não ganharam da prefeitura?

Entrevistada: Aqui acho só dá no meado o material de escola... Quase no final mesmo, só no meado. Aí tive que comprar material de escola pra ela, e como ela está na quarta série, ela não usa mais caderninho, gasta bastante coisa... Aí tive que comprar muita coisa [...] meu marido até inteirou... Porque eu só recebo 134 do Bolsa Família [...] eu gastei 170 com material de escola. Entendeu? (Entrevista 21).

Outro aspecto interessante no município é o trânsito de kombis levando as crianças para a escola e retornando para seus lares. No horário do almoço, é visível esta

movimentação. A prefeitura oferecia transporte gratuito para crianças, adolescentes e jovens frequentarem a escola em todos os bairros pesquisados. Isto revela um aspecto bastante positivo, considerando-se as dimensões territoriais de Silva Jardim: a existência de um possível ônus financeiro para o cumprimento deste trajeto (pois não há transporte público em todas as áreas e algumas vezes os pontos de ônibus são isolados e muito distantes), e mesmo as preocupações das mães em relação ao trajeto dos filhos para a escola, visto que em função de terem que cuidar de outros filhos menores, acabam não podendo acompanhá-los.

Entrevistada: Não pode faltar aula não. Eu fico, eu fico, por que eu vejo muitas mães, aí não dá em cima dos filhos para eles irem para a escola, porque como a bolsa ajuda, a gente também tem que ajudar os filhos. Porque tem muita mãe aí que não liga não. Eu todo dia levanto e boto para ir para escola, de tarde eu dou comida, boto para ir para escola [...] A Kombi vai passar ali uma hora para levar.

Pesquisadora: A escola não é em Caxito?

Entrevistada: É, mas só que eles colocaram Kombi mesmo assim. Leva e traz. Já melhorou um bocado, né? Porque ele estuda também aí eu ficava preocupada dele ir a pé. Muito pequeno e tem a outrazinha também de seis anos que ela estuda de manhã. (Entrevista 9).

Os achados sobre a utilização do recurso financeiro do PBF em favor da educação, especialmente para a compra de material escolar, estão de acordo com outros estudos (Mesquita, 2007; Ibase, 2008; Freitas, 2008; Fronza, 2010; Moreira et al., 2012a). Esta forma de aplicação dos recursos evidencia, portanto, a preocupação das mães com a educação dos filhos (Gitter; Barham, 2008; Moreira et al., 2012a). Isto revela um importante papel do programa no sentido de fomentar por esta via a produção de equidade, inclusão e coesão social.

Vale ressaltar que, a partir dos depoimentos obtidos, pode-se identificar a necessidade de que as repercussões das contrapartidas, o cancelamento e a suspensão do benefício sejam discutidos na perspectiva da coesão social e da capacidade do programa em enfrentar iniquidades, assim como é necessário balizar o debate com análises sobre a capacidade das famílias pobres cumprirem as condicionalidades em função de problemas que envolvem a oferta de uma educação pública de qualidade e estimulante para adolescentes e jovens.

7.2.2. O PBF e a dinâmica familiar: efeitos no empoderamento das mulheres e nas relações de consumo

Durante as entrevistas realizadas no trabalho de campo, a inclusão das famílias do PBF por meio do consumo era um elemento permanentemente destacado e que remetia a uma avaliação positiva do programa. Além de os recursos do PBF permitirem que as famílias realizassem compras, o programa influenciava a forma de participação no mercado. As entrevistas abaixo exemplificam a influência do programa na esfera do consumo destacada por mulheres entrevistadas:

Entrevistada: Quando eu recebo também o Bolsa Família, eu vou no mercado, compro as coisinhas para eles, compro legume, verdura, roupinha para eles. Eu até tenho continha que eu fiz para eles com esse Bolsa Família, aí todo mês eu vou lá pago alguma coisa que é para eles, né? Alimentação, material escolar... aí ajuda, ajuda um pouquinho. Não é carteira assinada, mas ajuda. Carteira assinada melhorava mais.

Pesquisadora: Antes do Bolsa Família você tinha conta também?

Entrevistada: Não, não porque o dinheiro, o dele tinha que botar alimentação para as crianças, dar de remédio, às vezes a gente tinha que, quando não tinha no postinho tinha que pedir ajuda para os outros. Não dava para abrir conta. Daí eu adorei, Bolsa Família, eu adorei. Eu gostei porque tá me ajudando muito, sinceridade, me ajudando demais [...] Foi, foi muito importante, porque vestir eles, né? Criança tem que tá sempre arrumadinha. Aí todo mês eu vou lá, pago aquela continha, acabou de pagar eu compro outra roupa, compro o material até mesmo lá porque vende tudo lá, de tudo, aí eu já compro o materialzinho deles, uso para remédio também, tenho usado também para o remédio, aí eu vou vivendo. (Entrevista 2).

Ah, comprar as coisas, né? Que a gente não podia. Hoje a gente pode. Negócio de remédio que antigamente não podia comprar hoje eu já tenho dinheiro pra comprar... e é muita coisa que eu não tinha e com a ajuda do Bolsa Família eu tenho hoje [...] Eu não tinha, hoje a gente tendo... é mais fácil pra gente. Pra mim ela ajudou muito, por que antes a gente queria as coisas e não tinha. Hoje a gente já tem como fazer as coisas. Porque vindo assim todo mês, eu tenho pra poder pagar as coisas, poder comprar as coisas que não tinha. E eu dei graças a Deus quando veio pra mim a primeira vez. (Entrevista 29)

Nota-se também que entre as famílias beneficiárias do PBF, a participação dos indivíduos pela esfera do consumo agrega valores positivos e aumenta o *status* das famílias na comunidade.

E eu tenho uma filha tão vaidosa, com 15 aninhos... quando ela me vê fazendo biscate, fica toda feliz porque sabe que vai ganhar as coisas. Semana passada ela quebrou o celular, e eu não estou trabalhando,

como ela vai ter outro? Agora não tem jeito, tem que esperar. Porque o dinheiro do Bolsa Família já ajuda na renda, comprando comida, roupa, remédio [...] Minha filha hoje pode andar arrumadinha, ter um saltinho e tudo. Não se sente abaixo das coleguinhas. (Entrevista 23).

Eu não sei explicar, mas fez muita diferença na minha vida. Antes, quando você queria... Eu não tinha aquela renda, aquela coisa. Mas eu tenho diferença hoje para mim e para as crianças (Entrevista 29).

Diferentes estudos têm apontado efeitos positivos do PBF no que se refere à dinâmica familiar, as relações de poder na esfera doméstica e questões de gênero. Segundo Fialho (2007), a titularidade preferencialmente feminina e o gerenciamento feminino dos recursos do PBF contribuíram para o aumento do poder de barganha e poder simbólico da mulher na esfera doméstica (Fialho, 2007). Neste sentido, Suaréz e Libardoni (2007) destacam que o programa favoreceu o empoderamento feminino e a diminuição da violência doméstica. Análise do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade de Brasília (AGENDE, 2012) afirma também que o PBF tem possibilitado impactos relevantes na condição social das mulheres beneficiárias, especialmente em sua visibilidade enquanto consumidoras – inclusão social por meio do consumo, na afirmação da autoridade no espaço doméstico e na mudança da percepção como cidadãs. Moreira e cols. (2012a) afirmam que o PBF impulsiona o empoderamento feminino, especialmente na esfera individual e familiar, o que conduziu à melhoria das relações familiares, a ampliação da autoestima e da conscientização das mulheres sobre a importância do seu papel social. Neste caminho, Costa (2012) afirma que as repercussões do PBF para o empoderamento ou autonomia das mulheres constitui um dos principais efeitos do programa sobre a condição feminina e sobre as assimetrias produzidas pelas relações de gênero.

Por outro lado, também se argumenta que ao privilegiar as mulheres, o programa mantém relações tradicionais de gênero que corporificam a figura feminina como responsável por zelar pelo cuidado com os filhos e manter-se afastada do trabalho fora do lar (Medeiros, 2007; Mariano; Carloto, 2009). Neste sentido, Medeiros e colaboradores (2007: 22) destacam:

[...] programas condicionais, como o Bolsa Família, teriam um papel mais perverso ainda, pois forçariam as mulheres à tarefa adicional de assegurar que as crianças cumprissem as condicionalidades de saúde e educação. Já se viu anteriormente que não é razoável crer que as transferências de um programa como o Bolsa Família tenham impactos negativos significativos sobre a participação no mercado de

trabalho das famílias beneficiárias; ao contrário, ele pode até mesmo aumentar essa participação. E, à medida que os programas tenham impacto sobre a escolarização, o razoável é assumir que podem liberar parte do tempo das mulheres envolvidas no cuidado infantil para exercer outras atividades, inclusive remuneradas.

O PBF colabora, portanto, para o empoderamento feminino e ao sentimento de maior autonomia de consumo, “*que antes o dinheiro não era suficiente para atender*”.

Pesquisadora: O Bolsa Família te ajuda a comprar hoje...

Entrevistada: Coisa pra mim, coisa pras crianças... tem vez que a gente se aperta porque não dá pra comprar tudo o que a gente quer. Tipo o que assim, que as crianças pede e você... Material de escola, roupas, calçados pra eles pra mim também ... Coisas do uso deles e seu, que o dinheiro não dava, né? (Entrevista 4).

Tais elementos podem auxiliá-las a se livrar de situações de vida consideradas indignas, em caso extremos, da violência doméstica praticada pelos maridos, dada a submissão feminina acarretada pela falta de recursos e dependência financeira do companheiro.

Entrevistada: A equipe da Promoção Social foi lá. Foi porque cada um que faz a inscrição da Bolsa eles vão lá para averiguar. Então eles foram lá e graças a Deus eu consegui. Viram a situação em que eu vivia. E logo depois que eu comecei a receber a gente se separou. [...] Ficou uma situação insustentável. Eu peguei e vim para cá. Minha mãe deixou eu ficar aqui.

Pesquisadora: Você acha esse dinheiro influenciou na sua decisão?

Entrevistada: Com certeza. Fui casada 12 anos com o pai do meu filho, sofri o diabo na mão dele, apanhei muito, mas a gente aprende, né? [...] Você acaba tendo aquela visão de não ser tão dependente dele. Nada, nada, esse dinheiro, se eu não tivesse com ele [o ex-marido], eu sei que fome meu filho não ia passar [...] Então a gente vai tendo aquela segurança de você poder assumir aquela responsabilidade. Eu tinha muito medo de me separar dele e ficar aí... (Entrevista 15).

O recurso financeiro do PBF favorece, portanto, a construção de uma autonomia feminina e mudanças nas tradicionais relações de poder praticadas na esfera doméstica. Este efeito do programa contribui para a diminuição das iniquidades de gênero e ampliação das liberdades das mulheres para a concretização de suas aspirações. A literatura recente tem discutido ainda como o PBF tem alterado as relações de consumo (IBASE, 2008), por meio da criação de novos circuitos comerciais e mudanças de comportamento (Favero, 2011).

Favero (2011) desenvolveu estudo com famílias agricultoras e beneficiárias do PBF, no qual analisou a influência das transferências de renda governamentais, como o PBF, nas dinâmicas de sociabilidades. O autor partiu de uma discussão sobre território, sociabilidade e famílias rurais para entender as tensões e as mudanças produzidas por esses recursos nas relações sociais de reciprocidade e institucionalizadas. Entre os achados do estudo, destacam-se: a reestruturação dos territórios domésticos ou das rotinas do cotidiano, com alterações dos sistemas e hábitos – especialmente alimentares, a mudança dos lugares ou papéis dos indivíduos nesses espaços – com ampliação e reconhecimento do papel social das mulheres na esfera doméstica e na comunidade (Fávero, 2011: 619) e a emergência de uma nova categoria social de reconhecimento mútuo na comunidade, a de “beneficiário do PBF” em detrimento da de agricultor.

A mulher é quase sempre a beneficiária direta do PBF, que reorganiza a sua vida e as suas relações com os filhos e o marido: é ela quem recebe o dinheiro (em muitos casos, ela é responsável pela apropriação do maior volume de dinheiro da casa); se torna mais ativa nas decisões sobre os sistemas de uso do dinheiro; assume responsabilidades com relação aos provimentos nos campos da saúde e da educação dos filhos (condicionalidades do PBF); pelo fato de receber o dinheiro e de retirá-lo do banco, acaba produzindo novas redes sociais e em novos circuitos comerciais. A mulher se torna mais visível na casa e fora dela, dando origem, inclusive, a novos campos de tensões e conflitos. Se o papel e o lugar da mulher sofreram grandes deslocamentos, o mesmo ocorreu com relação às crianças e ao homem. Enquanto as crianças vão para a escola, geralmente na cidade, com transporte coletivo, o marido está procurando vender diárias e pouco fica em casa. [...] O PBF induz a um novo modelo organizacional e inaugura um novo sistema de relações, onde, pelo menos no aspecto jurídico, o vínculo requerido passa a ser essencialmente de caráter vertical (indivíduo e família com o Estado). Com base nesse novo modelo [...] os agricultores familiares são cada vez menos socialmente “reconhecidos” como “agricultores” e cada vez mais como “beneficiários” do PBF; contribui para esse reconhecimento o fato de a maior parte das famílias do território serem beneficiárias, tornando-se o não beneficiário um estranho [...] Inseridos numa realidade, os “beneficiários” do PBF estão reinventando os seus sistemas de sociabilidade e os seus trajetos (Favero, 2011: 621-622).

Dias e Silva (2012) atentam para o fato de que o valor total do benefício pode até incrementar a atividade comercial local, mas considerando as necessidades cotidianas de cada família beneficiária, este se situa ainda num patamar aquém das reais necessidades identificadas.

As mudanças promovidas na esfera do consumo estão bastante relacionadas à criação e ao alargamento de redes comerciais na comunidade, visto que os beneficiários do PBF adquirem a possibilidade de comprar “fiado” e no crediário no comércio local, passando a se integrarem em novas redes de consumo (Fávero, 2011; Moreira et al., 2012a). Sobre este aspecto, alguns entrevistados relataram que o PBF possibilitou a aquisição de caderneta em lojas do comércio local para realização de compras a prazo, possibilitando, assim, mudanças positivas na vida das famílias.

Entre os desejos de consumo parcialmente atendidos pelas famílias via PBF, estão a compra de eletrodomésticos e de itens alimentares que não faziam parte da dieta familiar (Ibase, 2008; Fávero, 2011; Amaral, 2012). Tais mudanças alteram a dinâmica familiar. Neste caminho, Fávero (2011) destaca que as transferências governamentais (previdenciárias e do PBF) aliadas aos incentivos à produção agropecuária familiar (como o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF), entre outros, e políticas estruturais influenciaram mudanças no cotidiano familiar e na própria organização da vida no espaço rural.

A combinação de eletricidade, acesso à água potável e dinheiro de transferências públicas é, portanto, fator determinante para os deslocamentos no universo dos objetos, das ações e da organização da vida [...]. A cozinha – onde se ficava por longos períodos durante o dia – estava virada para o fogão (a lenha), objeto localmente produzido e símbolo do sistema reprodutivo das famílias. A água era, em geral, buscada longe. A nova cozinha, ao contrário, é descentrada, combinando o fogão a lenha com o fogão a gás (presente nas casas, mas pouco usado em virtude do preço do gás), as prateleiras onde se guardam os alimentos misturam-se com a geladeira, os pratos e as panelas velhas estão juntos com utensílios novos, assim como as comidas tradicionais combinam com as exóticas. Atrás da cozinha, está a cisterna que capta águas de chuvas, o que repercute na diminuição do trabalho da mulher [...]. A sala tradicional, por sua vez, era essencialmente voltada para fora, tinha a porta aberta para frente da casa. Nela, frequentemente, encontrava-se um pequeno “altar” com velas e estátuas dos santos da família, quadros ou recortes de revistas colados nas paredes e alguns tamboretos, bancos ou cadeiras onde as visitas sentavam. Era o lugar onde se recebiam vizinhos, parentes e, principalmente, pessoas estranhas. A nova sala – da luz elétrica – olha para o televisor. As cadeiras e os bancos estão virados para o televisor e não para o altar (meio desaparecido), o que torna a sala a estação mais frequentada da nova casa. A porta da sala, que se abre para frente, é um lugar de ficar. Mas, em grande medida, as conversas com vizinhos vêm sendo substituídas pelo “olhar televisão”. A vida social fora de casa se subordina às demandas da televisão. Na nova casa, parecida com uma casa da cidade, a família tende a reorganizar-se a partir dos novos objetos, produzindo novos trajetos e novas redes de relações. (Favero, 2011: 620).

Outra mudança positiva se refere à ampliação do acesso e utilização de serviços bancários por parte dos beneficiários. O fato de o recurso estar vinculado a um cartão eletrônico, podendo ser resgatado por meio de uma conta bancária, um caixa eletrônico ou uma agência prestadora de serviços bancários – como as agências lotéricas e Correios – amplia a utilização dos titulares do PBF desses tipos de serviços. É importante ressaltar que, para um importante contingente de famílias beneficiárias, a possibilidade de participar das relações socioeconômicas por esta via esteve fora de suas trajetórias de vida antes do ingresso no programa (Moreira et al., 2012a).

As mudanças provocadas pelo consumo podem ainda alterar a economia local e, por conseguinte, influenciar a dinâmica comunitária. Segundo alguns autores, a incorporação de milhares de pessoas na esfera do consumo foi capaz de impulsionar o desenvolvimento econômico de municípios de baixo IDH. Em municípios de pequeno porte e baixo IDH, o volume das transferências fundo a fundo do IGD-M e a circulação de recursos financeiros via população pobre beneficiária do PBF têm sido importantes para aumentar o PIB *per capita* (Ladim Júnior, 2009; Silva; Gomes; Vazquez, 2012).

Landim Junior (2009) analisou o aumento do PIB *per capita* de municípios de baixo IDH em função da expansão do programa em 2006. O autor verificou ainda uma relação custo/benefício positiva para a operacionalização do programa, destacando que os municípios mais beneficiados pelo programa foram os que tiveram maior aumento do PBI *per capita* via transferências governamentais. Calculou-se um aumento imediato médio de 0,6% do PIB quando ocorreu expansão de 10% no valor de repasse *per capita*. Por fim, observou-se uma relação custo/benefício de 0,43, indicando que o benefício estimado da expansão do programa em 2006 foi significativamente maior do que os custos deste processo, mesmo ignorando os benefícios de longo prazo das condicionalidades.

Apesar de bastante criticada por alguns autores, a inclusão social promovida pelo PBF pela via do consumo vem ao encontro dos desejos das famílias entrevistadas. Cabe aos autores investigar com mais profundidade os alcances e limites para tal, seja em âmbito familiar, comunitário, municipal, etc.

O PBF e os obstáculos cotidianos para o lazer

Apesar das repercussões positivas do PBF na dimensão social dos processo de exclusão e inclusão social, os entrevistados destacaram alguns obstáculos cotidianos para o lazer das famílias, os quais dependem de intervenções intersetoriais. Dessa forma, tais obstáculos limitavam as repercussões do programa na dimensão analisada.

A falta de equipamentos públicos para o lazer das famílias, como praças e parques, era frequentemente apontada como problema de infraestrutura urbana do município. Esse tipo de fragilidade limitava as opções de lazer da família e a convivência comunitária.

Em um dos bairros, foi destacada a importância da construção de uma praça para ampliar o espaço de socialização e lazer da comunidade. No entanto, seus moradores ressaltavam que o local também era frequentado por usuários de drogas e recebiam utilizá-la para recreação. Nos outros três bairros, havia gramados onde meninos e homens jogavam futebol, e em um deles havia um grande campo de futebol (o campo da praça do Rial, em Cidade Nova). Era frequente ver grupos de pessoas jogando futebol no final da tarde nesses bairros, atividade de participação exclusivamente masculina.

Assim, falta de equipamentos públicos e de opções de lazer revela também contornos de gênero, dadas as possibilidades desiguais de participação das mulheres em atividades esportivas e recreativas nos espaços públicos. A falta de locais para praticar atividades ao ar livre e destinados ao lazer tem sido analisada pela literatura como um importante problema de saúde pública, que incide mais severamente nos setores com menores rendimentos, baixos níveis de instrução escolar e sobre as mulheres (Silva et al., 2011).

Os limites para essas atividades de lazer e recreação no município, somados à atribuição cultural às mulheres das responsabilidades ligadas às tarefas domésticas, limitam ainda mais a prática de atividades físicas como lazer para esse grupo. O lazer das mulheres se resumia a atividades com os membros da família, como visitas a parentes, atividades da igreja ou eventualmente tomar um lanche com as crianças. O recurso financeiro do PBF foi referido como viabilizador desse tipo de atividade, mesmo que de maneira muito limitada.

Lazer, pra mim é sair, visitar um parente, não sou fã de praia, não sou fã de shopping, porque eu não tenho dinheiro pra gastar com shopping, é isso pra mim, ir pra casa da minha sogra, do meu avô, eu

e meu esposo pra casa do meu pai, às vezes eu saio com as meninas pra comer hambúrguer, porque meu ambiente hoje permite só isso. Não sei mais tarde, com elas maiores, eu já em outro mundo, e outras condições aí... mas por enquanto... Então, de uma certa maneira, ele [o recurso do PBF] colabora também com essas outras coisas. (Entrevista 1).

Para as mulheres, as relações com a vizinhança e com a igreja eram a oportunidade de ampliar sua rede social e de vínculos comunitários. Para os homens, o futebol, o bar e o trabalho constroem os principais eixos de sociabilidade. No caso deles, os problemas que envolvem a questão do trabalho/emprego no município de Silva Jardim tendem a limitar a sociabilidade, como emprego temporário e necessidade de se deslocar para outros municípios para trabalhar. Isso dificulta a formação de vínculos no ambiente de trabalho e a manutenção de vínculos comunitários no próprio município, pois muitas vezes são obrigados a dormir fora de casa ou gastar muito tempo no deslocamento entre a residência e o local de trabalho, tendo que sair de casa muito cedo e voltar muito tarde.

Além de essas questões limitarem a sociabilidade do trabalhador, dificultavam também a convivência com a família e se tornavam, portanto, um motor na fragilização de laços sócio-familiares, problema verbalizado por muitas famílias.

O meu pai precisava ficar trocando plantão. Ele quase não podia ficar com a gente, vinha pra casa dois ou três dias por semana. Ele praticamente não dormia. (Entrevista 14).

Eu não trabalho, estou desempregada, só meu marido que trabalha como vigia à noite. Ele quase não dorme em casa. (Entrevista 23).

Eu queria que ele não precisasse sair [do município] para trabalhar. É muito difícil. A gente já passa uma situação difícil estando todo mundo junto [...] quando acontece alguma coisa, um filho que adocece, alguém morre e você está sozinha, sabe? O marido tá longe... é uma coisa que a gente não quer, né? (Entrevista 15).

No dia em que foi realizada a entrevista 15, citada acima, estava chovendo muito e permaneci um tempo na casa aguardando a chuva diminuir. Durante a conversa, a entrevistada destacou que o fato de o marido não poder dormir em casa prejudicava muito a relação deles. Afirmava que um dos seus maiores desejos era uma mudança na condição de trabalho da família para que o marido pudesse estar mais presente.¹¹³

¹¹³ Diário de Campo, Silva Jardim, 07/03/2012.

Entre a pobreza e o desamparo do Estado: o PBF e as redes de proteção social

Os vínculos sócio-familiares constituem elos de suporte social, afetivo e material, necessários para garantir a reprodução social dos membros de uma família (Zaluar, 1994; Sarti, 2007; Escorel, 1999). Tornam-se, portanto, anteparos importantes aos efeitos da pobreza, do trabalho precário e inseguro, e aos riscos ligados a fragilidades na oferta de serviços de proteção social do Estado. Dessa forma, estratégias públicas para ampliar e qualificar a seguridade social como uma política de direitos devem considerar em seu escopo a capacidade das intervenções de contribuir para o fortalecimento dos vínculos sócio-familiares como substrato para o enfrentamento de situações de fragilização e vulnerabilização social e econômica, as quais incidem de maneira mais perversa e profunda sobre os segmentos menos favorecidos.

Segundo Escorel (1999: 109), “a estrutura familiar se apresenta como uma grande retaguarda afetiva e material do trabalhador pobre nas suas relações com o mercado do trabalho, como recurso fundamental para a sobrevivência cotidiana”. E Sarti (2007) destaca que a centralidade da família para os pobres vai além de garantir sua reprodução social. Assim, a família representa “uma ordem moral que estrutura, dá sentido, identifica e oferece a mediação entre o público e o privado para os pobres” (Pires; Itoman, 2012: 9).

[...] a família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social. Em poucas palavras, a família é uma questão ontológica para os pobres. Sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação no mundo. (Sarti, 2009: 52-3).

Neste sentido, o PBF acerta ao privilegiar a família para a transferência de renda. E não se trata de um conceito de família nuclear, visto que o programa considera os diferentes tipos de arranjos familiares. Tanto o desenho institucional do PBF quanto os mecanismos de inscrição do CadÚnico permitem incorporar diferentes tipos de famílias, reforçam a importância da rede familiar e, por fim, são convergentes às demandas por maior flexibilização e elasticidade na compreensão das fronteiras entre o papel feminino e masculino dentro da família (Pires; Itoman, 2012). Assim, a importância da família

como elemento operacional do programa tende a reforçar a lógica de organização social legitimada pelos setores sociais menos favorecidos no entorno da família.

Corroborando dados da literatura, é possível verificar em Silva Jardim que a família também tem centralidade na organização social e no enfrentamento das dificuldades interpostas à vida.

Minha família mesmo, que minha mãe... é... minha avó morava aqui e os irmãos dela. Aí tinha esse terreno aqui que era do meu avô, né? Porque aqui é tudo família. A casa do meu irmão é ali do lado... aqui já é da minha mãe, aqui é de um tio meu que faleceu. Irmão da minha mãe. Ali da minha avó e lá do meu outro tio. Tudo... todo mundo junto. Então por dificuldade, porque na época também, minha mãe passava por dificuldade, meu pai trabalhava muito de caseiro e a minha mãe não tinha serviço e éramos quatro crianças pequenas. Nós somos quatro irmãos. E aí, graças à família tudo, a gente se ajeita, né? (Entrevista 15).

Eu recebo, eu graças a Deus, eu recebo – é uma coisa que me ajuda muito. Eu graças a Deus nunca passei fome. Mas não por eu ter dinheiro, pela minha família que sempre me ajudou. (Entrevista 22).

Além da família, verificou-se também a importância das redes de apoio social entre parentes e vizinhos para o enfrentamento de dificuldades geradas ou aprofundadas pela situação de pobreza e/ou oriundas da falta de proteção social. Neste caso, a falta do Estado faz com que a figura de um vereador ou de um líder religioso (um pastor) – geralmente masculinas – adquiram *status* no âmbito da comunidade, favorecendo relações clientelistas e fragilizando o exercício dos direitos sociais.

Durante as atividades de campo, conversei com uma entrevistada que estava bastante ansiosa porque não tinha conseguido transporte da Prefeitura para ir a duas consultas agendadas para o mesmo dia no Hospital Antônio Pedro, em Niterói. Uma para ela, com evidente bócio por hipotireoidismo, e a outra para o filho, com pouco mais de dois anos, com hidrocefalia. Ela havia sido encaminhada pelo Centro de Especialidades para o Hospital Antônio Pedro e aguardava as consultas há mais de um ano. Tratava-se de uma família extremamente pobre, beneficiária do PBF há dois anos e que residia no bairro mais pobre do município, em zona rural.

Dois dias antes da entrevista, ela recebeu um telefonema do hospital agendando as duas consultas. Ao procurar o setor de transporte da Prefeitura, foi informada de que não havia vaga no carro de pacientes e que a solicitação precisava ser feita com

antecedência. Ao perguntar se ela havia feito contato com a USF do bairro, ela disse que a ACS já tinha tentado vaga no transporte e não havia conseguido. Relatou ainda que quem geralmente intermediava este tipo de situação era a enfermeira, que estava de férias. Perguntei se não havia contatado a SEMTHPS. Ela disse que não adiantava e que a assistente social não resolvia este tipo de problema. A entrevistada afirmava que a única saída era contar com a ajuda do vereador do bairro, já que ele era considerado mais efetivo para atender a estes pedidos do que os órgãos institucionais.

Ele é muito bonzinho, socorre sempre a gente quando a gente bate na porta dele de madrugada ele tá pronto pra servir a gente [...] Tudo quando eu preciso que eu não consigo, eu acabo pedindo a ajuda dele e ele sempre consegue pra mim. (Entrevista 12).

Quando as famílias eram perguntadas sobre a quem recorriam em momento de necessidade ou dificuldade, as respostas geralmente estavam associadas à figura do pastor ou do vereador do bairro, algumas poucas vezes à USF, e quando isso ocorria, os entrevistados citavam a figura da enfermeira. Apesar de em nenhuma situação a SEMTHPS ou o PBF serem assinalados como parte das redes de apoio e proteção, foi possível verificar que muitas famílias recorriam à assistência social em busca de cestas básicas.

De maneira geral, as redes sociais de apoio estavam bastante marcadas pela igreja, que a despeito de seu papel de apoio, pode em algumas situações inviabilizar a equalização dos papéis de gênero, aspecto favorecido por políticas institucionais como o PBF. Houve o caso de uma beneficiária que mudou a titularidade do cartão do PBF para o nome do marido porque o pastor da igreja disse que era melhor, porque quem deve “comandar” as questões financeiras da casa é o homem. Ela acrescentou ainda:

Eu aprendi isso na minha igreja então se não fosse assim, Deus não tinha feito uma companheira. (Entrevista 10).

Os desafios ligados à formação e ampliação de redes sociais, além dos ligados ao aumento da confiança nas instituições públicas, devem ser incorporados na política social como elementos importantes para os resultados de uma intervenção. Tais elementos, além de favorecerem a integração e coesão social, são descritos pela literatura como determinantes sociais da saúde, visto que “as redes são, com frequência,

a única possibilidade de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana” (Andrade; Vaitsman, 2002: 927).

No contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda *per capita* são fatores que desfavorecem a mobilização da população em torno de interesses comuns, contribuindo para uma baixa capacidade de organização e atividade da sociedade civil. [...] Nossa trajetória histórica deixou, como herança cultural, uma grande desconfiança nas instituições públicas e a dificuldade de o cidadão participar de forma desinteressada na resolução dos problemas que dizem respeito a todos (Andrade; Vaitsman, 2002: 927).

O desafio de fortalecer o papel das instituições públicas e impulsionar a formação de redes de apoio e proteção social significa não apenas “o incremento da cultura cívica, mas pode fomentar um círculo virtuoso capaz de minorar condições sociais e de saúde adversas” (Andrade; Vaitsman, 2002: 933).

Apesar dos desafios elencados, o PBF tem promovido avanços importantes, tais como algumas repercussões, na dimensão social, dos processos de exclusão encontrados neste estudo, tais como:

- Permite promover mudanças em situações domésticas de constrangimento, assédio e violência contra a mulher.
- Representa mecanismo favorável à mobilidade social ascendente, pelo cumprimento das condicionalidades da educação e utilização dos recursos na educação dos filhos.
- Amplia a inclusão social pela esfera do consumo, mas também pode estimular o endividamento das famílias pobres.
- Impulsiona mudanças positivas no *status* social da/o beneficiária/o em função do aumento da participação das famílias na vida econômica e social da comunidade.

7.3 As repercussões do PBF na dimensão cultural

A dimensão cultural da exclusão social traz a tona o debate ligado às identidades sociais, em especial, sobre os elementos intervenientes em sua formação, seus significados e repercussões. Nesta dimensão, as dinâmicas de inclusão social são fortalecidas por valores e normas aceites como parte da identidade cultural de uma comunidade. Em contraposição, as dinâmicas de exclusão social são aprofundadas por valores sociais negativos, causadores algum tipo de tensão, ou ainda, estigmatização e discriminação. Tais valores também podem deflagrar formas de dominação à medida que designa mecanismos ideológicos e processos de diferenciação que favorecem a sobreposição de um grupo social em detrimento a outro. A falsa naturalização ligada à edificação de valores culturais faz com que estes se perpetuem ao longo das gerações.

Diferentemente das outras dimensões da exclusão social analisadas neste trabalho (econômica, social e política), não se verificou nos depoimentos obtidos elementos que remetessem isoladamente à dimensão cultural dos processos de inclusão e exclusão social. Assim, os resultados nesta dimensão foram elaborados por meio de um debate teórico associado a aspectos gerais que emergiram no trabalho de campo. Ou seja, apresenta-se um diálogo com alguns autores para subsidiar a análise do PBF nesta dimensão a partir de dois eixos: I. A estigmatização dos indivíduos pobres focalizados pela política social e II - Identidade feminina e o PBF: da vida privada à esfera pública.

7.3.1 A estigmatização dos indivíduos pobres focalizados pela política social.

O desenho institucional e a forma de operacionalização das políticas de enfrentamento da pobreza têm uma importante relação com as representações dessa condição e, por conseguinte, com a sua associação ao *status*, ou melhor, à *identidade social*¹¹⁴ de seus beneficiários. Assim, as políticas/programas sociais de combate à pobreza podem imprimir ou acentuar rótulos aos pobres. Dessa forma, podem favorecer processos de estigmatização dada à associação entre aspectos simbólicos e negativos

¹¹⁴ Erving Goffman foi pioneiro nos estudos sobre estigma na perspectiva do interacionismo simbólico, por meio de obras importantes como "A representação do eu na vida cotidiana" (1975), "Manicômios, prisões e conventos" (1974) e "Estigma" (1975). O autor afirma que o estigma consiste em um tipo especial de relação entre um atributo e um estereótipo geradores de determinadas formas de identidade social.

ligados à condição de pobreza e os sujeitos que vivem nesta condição, focos da própria intervenção.

Segundo Goffman (1998) o processo de estigmatização se edifica no cotidiano das relações sociais, sendo acionado por elementos simbólicos (atributos e/ou estereótipos) relacionados a determinadas formas de identidade social. Esta identidade social pode deflagrar normas sociais (expectativas normativas) utilizadas para classificar, estratificar, ou ainda - no caso da produção de rótulo negativo, para segregar e discriminar indivíduos ou grupos. A identidade social pode ainda, induzir determinadas atitudes tanto nos sujeitos que as detêm quanto aos indivíduos pertencentes aos espaços cotidianos que os estigmatizados frequentam e/ou compartilham.

Dessa forma, os processos de estigmatização gerados nesta rede de relações amplas, podem intervir na interação em diferentes níveis: individual, familiar, comunitário, entre outras. Além disso, podem comprometer a capacidade de intervenção institucional e a produção de políticas públicas endereçadas aos sujeitos susceptíveis a tais processos. Isso porque o desenho da própria intervenção pode estar impregnado de valores que não correspondem à realidade dos indivíduos, favorecendo assim, sua ineficácia.

A análise da dimensão cultural dos processos de exclusão e inclusão social envolve desvelar os mecanismos de criação e/ou cristalização de valores sociais dominantes (Popay et al., 2008). Estivill (2003 apud Mathieson et al., 2008) entende que o desenvolvimento de valores e atitudes hegemônicos ocorre em três fases: i. primeiramente as instituições aplicam rótulos negativos e atributos para definir e classificar aqueles que não atendem às regras sociais dominantes; ii. a categorização elaborada na primeira fase passa a ser empregada para legitimar as diferenças no tratamento entre os indivíduos e, por fim, iii. o terceiro estágio caracteriza-se por uma forte repressão e estigmatização dirigida a grupos particulares. Ou seja, a partir de instituições dominantes engendra-se um sistema de valores que são reflexivos aos de grupos hegemônicos da sociedade. Vale ressaltar que muitos destes, apesar de apresentarem como tentativas de atenuar as contradições existentes, acabam por colaborar com a perpetuação de formas de diferenciação social.

Nesta perspectiva, o Estado pode ser pensado como uma instituição que produz valores hegemônicos, os quais estão implícitos nas políticas e programas endereçados a

determinados segmentos sociais. Por exemplo, nas políticas de combate à pobreza, estão implícitos valores ligados a este fenômeno e utilizados para identificar e rotular os pobres. Estes, por sua vez, podem impor limites para o alcance destas políticas e programas.

Sobre tais aspectos, diferentes autores têm evidenciado os problemas ligados à capacidade institucional de produzir estigma a partir de intervenções sociais endereçadas ao pauperismo (Kowarick, 2003; Uchimura e Bosi, 2004; Speak e Tipple, 2006). As ações de alívio da pobreza dos EUA executadas nos anos 1940 e 1950 constituem exemplos em função de seu forte conteúdo ideológico e cultural que associava o pobre a um cidadão de segunda classe (*underclass*), um elemento determinante para a produção de políticas e programas sociais naquele país (Kowarick, 2003).

Influenciado pela Escola de Chicago, o debate sobre a pobreza nos EUA ganhou amplitude a partir dos anos 1920 com análises sociológicas mais focadas “em aspectos da identidade e da cultura dos pobres” (Lewis, 1961)¹¹⁵ que em aspectos estruturais da pobreza, como o desemprego ou nos níveis salariais, dando origem ao que viria servir de base conceitual para programas contra a pobreza (Mauriel, 2011: 78). Assim, a pobreza passou a ser entendida como elemento inerente à desorganização social, provocada pela aceleração da urbanização e industrialização, cujos produtos eram o aumento da criminalidade urbana, a promiscuidade sexual, a desintegração familiar, a dependência econômica, entre outros aspectos. Neste contexto, tornavam-se necessárias medidas de alívio temporárias e com contrapartidas dos beneficiários para não desestimular o trabalho, orientadas aos indivíduos incapazes de garantir o sustento por seus próprios meios. A culpabilização dos pobres pelo seu próprio destino e a necessidade de tutela do Estado por meio da assistência social com condicionalidades foi um importante substrato ideológico da política norte-americana de combate à pobreza.

¹¹⁵ Oscar Lewis, a partir de observação participante e de histórias de vida de cinco famílias residentes na cidade do México, construiu o conceito de ‘cultura da pobreza’ como um conjunto de valores, crenças e atitudes relativamente homogêneo, reproduzido geracionalmente, cujos principais traços são resignação, passividade, fatalismo, círculo restrito e pouco diferenciado de relações sociais, respostas voltadas ao imediato, aspirações limitadas e sentimento de inferioridade. Apesar das concepções naturalistas e deterministas da pobreza presentes na obra de Lewis, o autor tem importante contribuição ao discutir a pobreza na perspectiva da subjetividade produzida no espaço cotidiano.

Apesar dos trabalhadores de baixa qualificação, assalariados de baixa remuneração em situação de desemprego ou subemprego tornarem-se cada vez mais vulneráveis à pobreza e, por conseguinte, necessitarem da assistência social para sobreviverem, os símbolos e rótulos pejorativos atribuídos ao pobre (em sua maioria composto por mulheres e negros) ganharam força nos EUA. Assim, foram criados diversos programas ao longo dos anos 1960, que se condensaram na chamada *War on Poverty*, os quais tiveram resultados considerados nefastos:

“Agora, além de culpabilizar as vítimas, estava-se também atacando a “generosidade” dos governos do Partido Democrático. Generosidade que corroía a vontade de trabalhar, solapava a vida familiar estável e estimulava comportamentos ilegais. Isto porque, para a mão-de-obra braçal ou pouco qualificada, ficar desempregado não significava necessariamente ganhar menos e, no caso das mulheres, filhos ilegítimos poderiam representar ganhos superiores aos oferecidos pelo mercado de trabalho: a ajuda vinda principalmente do *Aid To Families With Dependent Children* – AFDC estimulava o desemprego voluntário e a desorganização familiar. Produzia-se, assim, por meio das políticas estatais, uma “cultura da dependência” ou de “parasitismo social” diametralmente oposta ao ideário norte americano que cultiva aqueles que ganham bem com o esforço do trabalho, pagam impostos, educam os filhos nos padrões da moralidade dominante e participam do desenvolvimento da comunidade em que vivem” (Kowarick, 2003:66).

Speak e Tipple (2006), ao analisarem porque as intervenções planejadas para a população de rua em países em desenvolvimento eram pouco efetivas, identificaram as dissonâncias entre a concepção dos formuladores de política e a realidade objetiva sobre quem eram e como viviam os sem-teto – população alvo dessas políticas. Para os *policy-makers* tratava-se de elaborar políticas direcionadas a pessoas desabrigadas. No entanto, a falta de moradia englobava sujeitos em categorias mais amplas do que apenas aqueles que dormiam nas ruas por falta de abrigo, como por exemplo, a existência de algum tipo de moradia, porém em condições muito precárias de infraestrutura, ou localizadas em áreas de violências. Outros rótulos também envolvendo a população de rua dificultavam o alcance da política como: a carreira criminosa, comportamento abusivo, etc. Dessa forma, as concepções dos *policy-makers* acerca dos beneficiários limitavam a elaboração e comprometiam os resultados das políticas para a população de rua.

Outro trabalho interessante nesta perspectiva foi o estudo desenvolvido por Uchimura e Bosi (2004), realizado a partir da análise da percepção de beneficiários sobre dois programas sociais de comercialização de alimentos a preços mais acessíveis

do que os praticados no mercado convencional desenvolvidos no município de Curitiba (PR) (Mercadão Popular e Armazém da Família). As autoras evidenciaram como aspectos objetivos e simbólicos ligados à condição de pobreza estavam refletidos na própria intervenção. O aspecto ruim dos alimentos e a precariedade das instalações de comercialização eram simbolicamente associados pelos usuários aos referidos programas. Da mesma forma, tais aspectos eram também relacionados à própria situação de pobreza vivida pelos beneficiários dos programas, bem como, aos sentimentos inerentes a essa condição: resignação, sujeição, humilhação e constrangimento. Neste caminho, ser usuário de algum daqueles programas significava para a população beneficiária se sujeitar a uma série de situações consideradas indignas, humilhantes e constrangedoras.

Diferentemente dos exemplos supracitados, o trabalho de campo não revelou processos de estigmatização no âmbito comunitário ou institucional vinculados aos usuários do PBF, ou ainda, tampouco possibilitou compreender algum tipo de identidade presente entre os beneficiários do PBF. Sobre este aspecto, vale citar elementos simbólicos ligados à percepção dos entrevistados acerca da maneira como o programa estava estruturado para o enfrentamento da pobreza. Tal percepção subsidiava uma avaliação por parte desses atores sobre a efetividade do programa, especialmente no que se referia ao uso do benefício por seus titulares, aos critérios de inclusão e de desligamento de beneficiários. Eram comuns queixas entre os membros da comunidade, beneficiários ou não beneficiários, sobre a inclusão de pessoas que não precisavam do programa.

Por exemplo, havia uma percepção de que o pobre beneficiário do PBF era quem residia em condições precárias. Por vezes, a casa em que a família morava era considerada *“boa demais para quem precisa de um programa como o PBF”*, uma fala comum de quem fazer críticas ao recebimento indevido do benefício. Neste caso, tratava-se de casas grandes, ou acabadas, visto que era muito comum nas áreas onde os entrevistados residiam que as casas estivessem apenas emboçadas.

Em outras situações esta percepção se relacionava à aplicabilidade do recurso - uma beneficiária criticou o fato de uma mãe utilizar o benefício para a compra de itens pessoais. Esta entrevistada entendia que a exigência de condicionalidades dirigida às crianças limitava a utilização do recurso do PBF:

É, porque eles também vêem muito por esse lado, se o aluno tem falta, se o aluno tem frequência na escola... se a nota deles são boas... e, eu acho assim, que eles botam assim, os filhos pra pesar... Porque tem mãe que aproveita o dinheiro dos filhos né? O dinheiro é pros filhos. Aí em vez de comprar as coisas pros filhos, elas deixam e compram mais pra elas, né? Quer andar toda bonitinha e o filho todo...(Entrevista 18)

De maneira geral, as famílias consideravam era adequado utilizar o recurso do PBF para auxiliá-las para complementar a renda obtida pelo trabalho, ou ainda, poderia ser utilizado em caso de falta de renda no lar¹¹⁶. Consideravam também, que um bom uso do recurso estava associado à compra de alimentos, materiais escolares ou roupas e calçados para serem utilizados no cotidiano escolar das crianças, adolescentes e jovens. Isso possivelmente pode estar relacionado com as concepções de pobreza e as prioridades vislumbradas pela comunidade¹¹⁷ para sua superação, como por exemplo, as crianças, investimentos na educação, etc.

Nesta pesquisa não encontramos elementos capazes de circunscrever processos de estigmatização vividos pelos beneficiários do PBF. Mas durante a fase de pré-campo, os mesmos roteiros das entrevistas foram utilizados com beneficiários do PBF em outro município do Estado do Rio de Janeiro. Naquele momento, foi possível verificar determinada correspondência entre a inclusão social pela esfera do consumo e a proteção contra um processo de discriminação do beneficiário do programa. Ao entrevistar uma titular que estava no programa há dois anos, mãe de três filhos, que vendia iogurtes de ‘casa em casa’ para sustentar a família, perguntamos sobre sua percepção e a da comunidade em relação a “ser um beneficiário do PBF”. Naquele momento, ela negou qualquer valor negativo associado a esta condição. A entrevistada destacou que um julgamento negativo por parte de outras mães da escola do bairro que os filhos frequentavam, poderia advir de sua incapacidade de atender às demandas dos filhos e não de sua participação em um programa que viabilizava tal capacidade. Como ela relatou:

“ninguém pensa mal de uma mãe que recebe a Bolsa Família, mas pensa mal de uma mãe que não consegue comprar uma prenda [como uma cartolina] para a criança levar à escola para um trabalho para o dia dos pais, que não tem um sapato para ir à escola ou que não pode comprar merenda. E isso tudo eu consigo graças ao dinheiro do Bolsa Família”.

Estudos sobre beneficiários do PBF no espaço escolar também destacam que a condição de beneficiário não implica em uma carga social negativa associada a

¹¹⁶ Ver repercussões do PBF na dimensão econômica dos processos exclusão e inclusão social.

¹¹⁷ Ver repercussões do PBF na dimensão social dos processos de exclusão e inclusão social

preconceito ou discriminação na escola (Herkenhoff et al, 2012) ou no âmbito da comunidade (Fávero, 2011).

Fávero (2011) descreve que em comunidades rurais pobres, o “não beneficiário do PBF” torna-se quase um estranho na comunidade, dada a ampla cobertura do programa.

Outro elemento importante neste universo simbólico associado ao beneficiário do PBF é a crença/preconceito de que promove o desestímulo ao trabalho¹¹⁸. Alguns autores afirmam que uma política de transferência de renda pode desestimular o trabalho e a condição de beneficiário tornar-se um *status* permanente. Outros estudiosos apontam que o processo de estigmatização do usuário pode ser tão perverso que acaba por induzir a busca por “portas de saída” para a dependência financeira do programa, ou ainda, induzir um esforço adicional do usuário em cumprir todas as contrapartidas no sentido de retribuir o Estado pelo benefício recebido. Partindo desta tese, Mattos e Ponczek (2009) avaliaram as decisões referentes ao emprego e à frequência escolar de famílias participantes do PBF. Entre os resultados encontrados os autores verificaram que o ingresso no PBF tende a impulsionar os indivíduos a procurarem melhores condições no mercado de trabalho. Segundo os autores, além da influência de fatores conjunturais responsáveis pela oferta de trabalho/emprego, o programa pode colaborar para diminuir a probabilidade de membros ficarem desempregados, ou ainda, impulsionar os beneficiários procurar e encontrar novos empregos (Mattos e Ponczek, 2009: 18).

Esta análise deve ser avaliada com cautela, visto que o valor de um benefício social como o PBF é tão baixo que poucas famílias dependem exclusivamente do programa, como sugerem os dados da nossa pesquisa – o provedor da casa geralmente tem um trabalho precário, inseguro e de baixa remuneração. Assim, vale sinalizar que as famílias que não possuem outra fonte de renda podem estar tão alijadas do mundo do trabalho, que somente a motivação individual não é capaz de impulsionar a conquista do emprego.

Ressaltamos que para análise da dimensão cultural torna-se imprescindível refletir sobre aspectos ligados ao campo das percepções, sentimentos ou motivações dos indivíduos. No entanto, isso só é possível considerando os elementos objetivos de ordem histórica, política e social que permeiam a construção de aspectos culturais. O

¹¹⁸ Ver repercussões do PBF na dimensão econômica dos processos de exclusão e inclusão social.

embricamento de todos estes fatores determina a reprodução social e cultural dos indivíduos e, por conseguinte, marca as dinâmicas de exclusão e inclusão social.

7.3.2 A identidade feminina e o PBF: da vida privada à esfera pública

Refletir sobre o PBF a partir de mudanças operadas nas relações de gênero, possibilita a análise de múltiplos sentidos e determinantes das dinâmicas de exclusão e inclusão social na dimensão cultural.

Na medida em que o PBF privilegia as mulheres como interlocutoras-chave de uma política de combate à pobreza, elas passam a intermediar a ação pública entre o Estado e a esfera privada constituída pela família. Este mecanismo associado à própria transferência de recurso financeiro às mulheres tende a gerar mudanças importantes em seu papel social e alterar determinantes objetivos e simbólicos das dinâmicas de exclusão e inclusão social, equidade e coesão.

Autores apontam que o PBF tem influenciado positivamente nas questões de gênero (Suaréz e Libardoni, 2007; Fialho, 2007; Costa, 2012; Pereira et al., 2012). No entanto, o entendimento dos autores sobre tais efeitos na diminuição das iniquidades de gênero não é consensual. Para alguns, o PBF tem impulsionado o empoderamento das mulheres e se constituído como programa capaz de provocar efeitos nas desigualdades de gênero (Suaréz e Libardoni, 2007; Fialho, 2007; IBASE, 2008; Costa, 2012; Pereira et al., 2012)

Outros estudos são mais cautelosos em avaliar estes avanços, pois entendem que apesar da titularidade do programa ter aumentado o poder de barganha e alterado as relações de poder da mulher na esfera doméstica, não houve mudanças nas tradicionais relações de gênero. Avaliam ainda que não se verificou ampliação da participação das mulheres na vida pública ou rompimento do isolamento social, visto que as atividades desempenhadas pelas mulheres no espaço público são extensões da vida doméstica (Suaréz et al., 2006). Além disso, destacam que ainda recaem sobre as mulheres as obrigações ligadas aos campos da educação e saúde – condicionalidades do PBF, para que suas famílias continuem beneficiárias do programa (Medeiros, 2007).

Somado a estas análises, é importante salientar que historicamente a construção de um Estado social de direito não foi capaz de alterar a posição da mulher na sociedade elevando-as ao *status* de igualdade em relação aos homens tanto na vida privada quanto

na vida pública (Mariano e Carloto, 2009). Segundo as autoras, a desigualdade de gênero vigente se corporifica na atribuição de uma série de valores que desqualifica as mulheres objetiva e simbolicamente. Torna-se, portanto, imprescindível existir políticas de Estado que enfrentem este tipo de iniquidade e fomentem a igualdade nas relações de poder entre os sexos, possibilitando, assim, o enfrentamento da discriminação ligada à identidade político-cultural das mulheres. Além disso, estas intervenções devem impulsionar a participação das mulheres na esfera pública para além das relações estabelecidas ou ligadas à esfera doméstica.

Apesar de o PBF materializar simbolicamente a figura feminina no âmbito da assistência social, Mariano e Carloto (2009) afirmam que este processo apresenta algumas contradições entre as ações estatais e as demandas feministas, notadamente no que diz respeito à problematização acerca da maternidade.

Ao ser incluída no PBF, a mulher é tomada como representante do grupo familiar, vale dizer, o grupo familiar é materializado simbolicamente pela presença da mulher. Esta, por sua vez, é percebida tão somente por meio de seus 'papéis femininos', que vinculam, sobretudo, o ser mulher ao ser mãe, com uma identidade centrada na figura de cuidadora, especialmente das crianças e dos adolescentes, dadas as preocupações do PBF com esses grupos de idade. O papel social de cuidadora pode até, em algumas situações, ser desempenhado por outra mulher, como, por exemplo, a avó ou tia da criança ou do adolescente. Contudo, seguirá sendo um 'papel feminino'. Logo, o cuidado preserva, no âmbito do PBF, seu caráter vinculado aos papéis de gênero. Assim, tanto a maternidade (relacionada à procriação e/ou ao papel social de mãe) quanto à maternagem (o cuidado da criança e do adolescente desempenhado por outra mulher, geralmente com vínculo de parentesco, porém sem se designar como sua mãe) são funções focalizadas pelo PBF (Mariano e Carloto, 2009: 904).

Dessa forma, o PBF ao incorporar a família no âmbito das políticas de Estado a partir da figura da mãe, converte ideologicamente em termos equivalentes as categorias “mulher, mãe e família” de modo a cristalizar “os papéis sociais de gênero que aprisionam as mulheres nas tarefas relacionadas ao cuidado, à maternagem e, de modo mais geral, à reprodução social”. Neste sentido, Mariano e Carloto (2009:905) consideram que o PBF acaba por fomentar um tipo de família em que a distinção sexual não figura apenas como princípio organizativo e de reprodução, mas como lugar social e simbólico fundado na diferença dos sexos quanto às relações de poder, subjugando as mulheres em relação aos homens.

Entre as beneficiárias do PBF em Silva Jardim, a titularidade feminina (encontrada em 90% das beneficiárias) era frequentemente associada ao

empoderamento feminino na família e na comunidade. O papel das mulheres era referido como essencial para a adscrição da família ao programa, visto que eram geralmente elas quem buscavam e cuidavam da manutenção do benefício social – pelo recadastramento e cumprimento das condicionalidades, bem como, eram as principais responsáveis pelo recebimento e direcionamento dos recursos para atender às necessidades da família.

A legitimidade das mulheres como titulares preferenciais do benefício foi destacada durante todo o trabalho de campo como um elemento positivo, inclusive pelos homens titulares do benefício. No caso deles, a titularidade masculina devia-se às seguintes especificidades: em um caso, tratava-se de um senhor, sem renda que vivia sozinho; e no outro porque a esposa já tinha a aposentadoria rural e ele não tinha qualquer rendimento. Situações singulares como estas eram percebidas pela comunidade como justificativas para o fato da titularidade do PBF estar em nome do “homem da casa”, um fato que não era comum nem considerado adequado.

As mulheres entrevistadas diziam e mostravam o cartão do PBF em seu nome com entonação de voz e expressões que evidenciava o quanto consideravam positiva esta titularidade preferencial instituída pelo PBF. Elas diziam: “*eu cuido disso em casa*”; “*eu corri atrás e fiz o cadastro*”; “*o cartão sempre esteve em meu nome*” entre outras falas para indicar com um tom de orgulho que eram as responsáveis pela inscrição da família no programa, pelo recebimento e gerenciamento dos recursos no espaço doméstico.

Outros trabalhos também relataram essas percepções das beneficiárias como portadoras do cartão do PBF (Fialho, 2007; Moreira e cols., 2012a). Segundo Moreira e cols. (2012a) este aspecto revela o quanto o programa favorece o empoderamento feminino e acrescentam:

neste quesito, emerge o tema ‘bancarização’, pois, em sua maioria, essas mulheres nunca possuíam conta bancária ou sequer frequentaram agências bancárias, sendo este um fator que as ajudaria a serem legitimadas como cidadãs”. (...) a conta bancária simplificada, mais do que uma facilidade para o recebimento do benefício, é um direito que está sendo estendido a quem nunca tinha tido essa oportunidade anteriormente (Moreira et al., 2012a:414).

Historicamente as mulheres foram reconhecidas como cuidadoras no espaço doméstico. À medida que este reconhecimento atravessa os papéis de gênero na família, sendo legitimado por uma política de Estado, ocorrem repercussões positivas na vida

familiar e comunitária em favor das mulheres. A titularidade feminina do PBF favorece o *status* da mulher no âmbito da política de assistência social e fomenta a inclusão social. Trata-se, portanto, da valorização do papel desempenhado pela mulher na esfera privada, reconhecimento na esfera pública estatal e legitimado socialmente. Ou seja, embora alguns autores afirmem que este mecanismo condiciona a cristalização das relações de gênero que subjagam as mulheres nas relações de poder, os relatos obtido no trabalho de campo evidenciam o contrário: as mulheres sentem-se reconhecidas a partir da titularidade preferencialmente feminina no PBF como importantes cuidadoras.

Além disso, é através das mulheres que se concretiza outra mudança importante: o reconhecimento da autonomia das famílias pobres em administrar um recurso social. Este era um elemento importante do programa e valorizado pelas famílias beneficiárias quando comparavam o PBF com outros programas sociais dos quais haviam participado, como Bolsa Alimentação, Cheque-Cidadão, ou ainda, com as tradicionais doações de alimentos¹¹⁹. Diferentes estudos também apontam a importância dessa autonomia sobre o gerenciamento do recurso por parte das famílias pobres a partir do PBF (Campos Filho, 2007; Dias e Silva, 2012).

As famílias beneficiárias utilizam o benefício para suprir necessidades cotidianas. A autonomia que têm em relação à utilização do benefício é fundamental para essas famílias, pois podem utilizá-lo conforme as necessidades vão se apresentando. Definir com que as famílias devem utilizar o benefício é destituí-las da liberdade, do direito de dizer o que consideram prioridades (Dias e Silva, 2012:15).

É importante ressaltar que esta autonomia está muito vinculada ao papel social das mulheres. À medida que a titularidade é preferencialmente feminina, as mulheres são novamente legitimadas pelo Estado e pela sociedade, como atores privilegiados no espaço doméstico para manejar livremente e de forma efetiva os recursos financeiros oriundos de uma política de transferência de renda no sentido de atender às necessidades da família.

Este avanço na política de assistência social evidencia o redesenho de novas bases de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil a partir da operacionalização da transferência de renda condicionada, apesar das críticas sobre o caráter assistencialista dessa intervenção (Figueiró, 2010).

É importante ressaltar que apesar do seu caráter assistencialista para a distribuição de benefícios, o PBF revela efeitos positivos, embora limitados, na

¹¹⁹ Ver repercussões do PBF na dimensão econômica dos processos de exclusão e inclusão social.

equalização das relações de poder entre os sexos, favorecendo a autonomia e o reconhecimento dos papéis de gênero em favor da inclusão social das mulheres.

7.4 As repercussões do PBF na dimensão política

As repercussões do PBF na dimensão política se relacionam ao modo como o programa intervém na criação de oportunidades para a população participar na vida pública. Ou seja, trata-se de identificar como o programa tem sido capaz de intermediar a relação entre os beneficiários e o poder público no sentido de amplificar a expressão de desejos e interesses populares, bem como impulsionar o exercício do direito de acesso e utilização dos serviços públicos, além da participação social¹²⁰ na esfera pública – um espaço de cidadania.

No campo político, uma das importantes conquistas e inovações institucionais ocorridas no Brasil pós-Constituinte foi o esforço de se criar bases legais para “assegurar a presença de múltiplos atores sociais, seja na formulação, na gestão, na implementação ou no controle das políticas sociais”, de modo a se efetivar o exercício de direitos sociais (Silva et al., 2005: 374-375). Dessa forma, pretendia-se impulsionar a participação social e o controle democrático no âmbito das políticas sociais por meio de uma cidadania ativa. A partir desta orientação, a participação social emerge como elemento central para designar a execução e o alargamento de direitos individuais e coletivos no espaço público. Este “converteu-se em ‘lugar’ importante para a redefinição da ideia de cidadania”, quando “passa a incorporar a participação ativa dos cidadãos” mediada e institucionalmente legitimada pelo Estado (Castro, 2006: 124;

¹²⁰ O termo “participação social” possui múltiplos significados e possibilidades como categoria de análise “abrigando diferentes nuances, desdobramentos e classificações”. Ademais, sua análise exige a necessidade de entendê-lo como um termo não naturalizado, mas vinculado às relações sociais, econômicas e políticas, como também sua análise deve ser contextualizada de acordo com as “diferentes práticas, campos do saber e abordagens teóricas” (Escorel; Moreira, 2008: 980-981). Neste trabalho, termo foi utilizado de maneira despretensiosa, sem uma filiação teórica específica ou como categoria de análise, mas para remeter à participação dos indivíduos na esfera pública estatal. Sobre este aspecto, torna-se importante ressaltar que, com a Constituição de 1988, a participação social passou a ser valorizada não apenas no que se refere ao controle do Estado, mas também no âmbito dos processos decisórios para a implementação de políticas sociais. Como tal, a participação social tem sido reafirmada no Brasil como um fundamento dos mecanismos institucionais para assegurar a efetiva proteção social contra riscos e vulnerabilidades, assim como a vigência dos direitos sociais (Silva et al., 2005).

118). Dessa forma, a própria esfera pública se redefiniu como espaço de cidadania e participação social. Neste caminho, Silva e colaboradores (2005: 375) afirmam que:

três enunciados sintetizam os sentidos que passa a tomar a participação no que se refere aos direitos sociais, à proteção social e à democratização das instituições que lhes correspondem: (a) a participação social promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; (b) a participação social permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e (c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa e alargamento de direitos, demanda ações e é capaz de executá-las no interesse público.

Apesar das conquistas pós-constituintes e da ampliação dos sentidos e das formas de participação da sociedade no espaço público democrático, estudos têm criticado seus limites no que tange à inclusão de setores mais pobres da sociedade civil nos espaços participativos, como conselhos, comitês gestores, etc. (Lüchmann, 2007). Este quadro torna mais desafiadora ainda a tarefa de impulsionar a participação social no âmbito das políticas de combate à pobreza, orientadas para segmentos mais pobres. Os indivíduos não se reconhecem como categoria social nem se organizam como tal para encaminhar suas reivindicações. Esses desafios são refletidos também na participação social de beneficiários do PBF.

A despeito da importância de se desenvolver Instâncias de Controle Social (ICS) para fortalecer a participação da sociedade na gestão do PBF, verifica-se que o controle social do PBF tem se limitado à publicação de um aparato legal¹²¹ criado pelo governo federal em detrimento de sua efetiva operacionalização no nível local. A título de ilustração, nota-se que Silva Jardim não constituiu um Comitê Gestor do PBF, como ocorre em alguns municípios brasileiros. O Comitê Gestor do PBF, ou ainda, a designação de um conselho já formalmente constituído, como o Conselho Municipal de Assistência Social, para atuar como instância de controle social do PBF é uma ICS prevista pelo programa no nível local e exigida para adesão do município ao PBF (Lei nº 10.836/2004; Decreto nº 5.209/2004; Decreto nº 7.332/2010). Essas ICS devem

¹²¹ Lei nº 10.836, de 09/01/04 – estabelece que o controle social deverá ser realizado em âmbito local por um conselho ou comitê; Decreto nº 5.209, de 17/09/04 – estabelece as normas de acompanhamento, controle social e fiscalização para o PBF; Portaria nº 246/MDS, de 20/05/05 – cria os instrumentos necessários para a adesão dos municípios ao PBF vinculada a criação ou designação de órgãos de controle social; e Instrução Normativa nº 1, de 20/05/05, que divulga as orientações para constituição, formalização e atuação das Instâncias de Controle Social.

apresentar composição paritária de representantes do poder público e da sociedade civil para exercer atribuições de acompanhamento, avaliação e fiscalização da implementação e execução do programa.

Assim como em diversos outros municípios brasileiros, o nível local conta apenas com o Conselho Municipal de Assistência Social, única ICS local ligada à assistência social. Em Silva Jardim, o Conselho Municipal de Assistência Social foi criado em 1995 e vem operando desde então.¹²² No entanto, este conselho não possui uma agenda de trabalho específica para o PBF nem desenvolve estratégias para ampliar a participação de seus usuários, mesmo quando temas vinculados ao PBF são pontos de pauta de reunião.¹²³ Não foram verificados, ainda, atos de designação encaminhados pela prefeitura do município para o estabelecimento de ICS do PBF no Conselho Municipal de Assistência Social.¹²⁴

Apesar dos limites destacados, as falas dos entrevistados e os dados de literatura denotam repercussões do PBF no âmbito na dimensão política da inclusão social promovida a partir dos mecanismos de cadastro de usuários no programa.

7.4.1 “Do favor ao direito”: o ingresso no PBF pode significar a porta de entrada para a política de assistência social

As práticas clientelistas e ações descoordenadas e descontínuas vinculadas à política sócio-assistencial brasileira comprometeram historicamente seus resultados e impuseram limites à participação social dos usuários (Silva; Yazbek; Giovanni, 2004; Vaitsman, 2009). A herança de uma “cultura política clientelista e patrimonialista” no setor, aliada à desigual capacidade das esferas municipais para operacionalizar o PBF, gera ainda tensões e contradições na implementação do PBF em âmbito municipal (Cohn, 2012: 124-125). Contudo, o desenho institucional do PBF, sobretudo no que se refere à aplicação de critérios de elegibilidade claros e objetivos, válidos igualmente para todos e aplicados institucionalmente, representa um avanço da política sócio-

¹²² Não tivemos acesso às atas do Conselho para verificar que tipos de demandas ligadas ao PBF aparecem nos pontos de pauta das reuniões ou como são conduzidas. Reforçamos que este aspecto pode ser importante para entender como elucidar elementos sobre a participação social de usuários do PBF.

¹²³ Caderno de campo, Silva Jardim, 09/04/2012.

¹²⁴ Os atos de designação emitidos pela Prefeitura Municipal de Silva Jardim se referiam apenas às funções de Coordenador do PBF (Portaria n° 011, de fevereiro de 2009; e Portaria n° 043, de 06 de outubro de 2011) e Coordenação do SISVAN para acompanhamento do PBF pela Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social (Portaria n° 044, de 06 de outubro de 2011).

assistencial, mesmo considerando a existência de algumas distorções para efetivá-los nos diferentes cenários locais.

Apesar de muitas vezes o beneficiário não conhecer totalmente esses critérios, as entrevistas revelam que as famílias buscam a inclusão no programa, munidas de documentação comprobatória para evidenciar as condições concretas, exigidas no aparato institucional, para se tornarem beneficiárias. Elas atestam sua elegibilidade e, em sua maioria, procuram o cadastramento porque vivenciam a aplicação dos mesmos critérios para todos os possíveis beneficiários. Estes geralmente possuem condição socioeconômica muito semelhante ao que vivenciam por experiência própria, os quais são identificados como definidores para o ingresso no PBF. Esses mecanismos favoreceram o reconhecimento e a inclusão dos segmentos mais pobres no usufruto do direito a assistência social. Muito embora o PBF não se configure como um direito, pois o ingresso e a permanência não são assegurados aos beneficiários, sua magnitude e “enraizamento na sociedade” o convertem em um “quase direito” (Cohn, 2012: 25).

Eu fiquei sabendo por umas pessoas que já faziam, já tinha, né? Aí eles me deram uma ideia [...] aí eu levei a documentação, aí eu consegui fazer! (Entrevista 2).

Aqui todo mundo recebe... é só perguntar aí... (Entrevista 7).

Ei fiquei sabendo por outras pessoas que já estavam recebendo. Eu estava em uma situação bem ruim, eu não trabalhava, né? [...] Aí já fui levando xérox dos meus documentos, comprovante de residência, comprovante de renda [...] Olha, eu entreguei para a pessoa responsável. Na promoção social tem um setor responsável pelo Bolsa Família (Entrevista 12).

A gente fica sabendo de boca em boca, né? [...] O Cadastro, os documento... pelo povo, né? [...] Levei tudo, xerox de tudo, documento e comprovante da escola dela. (Entrevista 11).

Eu tava grávida ainda... quando tava com uns seis meses mais ou menos, aí minha colega falou assim: Você tem como receber! Eu falei... acho que não, tem que ganhar primeiro, aí que vale a Bolsa Família! Ela disse: Não! Pode fazer grávida também! Ela me falou tudinho, peguei a documentação e fui. [...] Eu tava quase ganhando, Foi dia 24 de abril meu aniversário... no dia 25 fui lá receber! E ainda ganhei os atrasado tudinho [...] Aí só depois que eu levei a certidão dela! Fez quase dois anos... tá até hoje! (Entrevista 28).

Durante todo o trabalho de campo e nas conversas com as famílias de áreas vulneráveis, o PBF era reconhecido como um programa que fazia parte do cotidiano da comunidade. Todas as famílias pobres que abordamos tinham conhecimento e/ou experiência de participação no programa. No entanto, apesar de o PBF se constituir

como um programa amplo e crescente, com incorporação de milhões de famílias e que está em vigência há quase uma década, não tem produzido efeitos promissores na capacidade de mobilização desses sujeitos, nem impulsionado a participação de seus beneficiários no espaço público democrático (Cohn, 2012).

Segundo Favero (2011), o programa alterou o modo de inserção de beneficiários em uma política social e o modo como estes atores se reconhecem e se relacionam. Dessa forma (2011: 621-622), o PBF inaugura um novo modelo organizacional a partir do qual, “pelo menos no aspecto jurídico, o vínculo requerido passa a ser essencialmente de caráter vertical (indivíduo e família com o Estado)”. Além de este aspecto da política caracterizar um novo fluxo de relações, tende a igualar o *status* dos diferentes usuários do programa desconsiderando as singularidades dos indivíduos, ou seja, não faz diferença se o beneficiário é um trabalhador rural ou pertence a outro grupo que o identifique. Segundo o autor, após a expansão do PBF entre as classes populares rurais, o reconhecimento mútuo dos trabalhadores rurais se afasta de aspectos ligados ao desempenho de atividades no campo e, atualmente, passa pela condição de beneficiário do PBF, “tornando o não beneficiário um estranho”.

Neste caminho, Anete Ivo (2008) também destaca que a política social passa a considerar genericamente todos os “coletivos de destino” assistidos pelo poder público como “pobres”, sem distinguir situações de pobreza ou suas causas. Tal “designação quer dizer que esse agregado não constitui uma coletividade organizada, não ocupa posições homogêneas na divisão social do trabalho, mas constitui-se socialmente como categoria de assistência pública” (Ivo, 2008: 201).

Segundo Favero (2011: 622), tais limites tendem a repercutir nas estruturas tradicionais de participação democrática a partir do voto, visto que:

[...] esses coletivos de destino vêm se transformando em “coletivos votantes”, sem perder o seu caráter de agregado social. Embora o voto se expresse, no âmbito do consumo, como ato individual, a sua produção supõe esses coletivos de destino. Esse é um dos principais deslocamentos que vem ocorrendo no Território com a introdução do PBF. A produção de um coletivo de beneficiários dá origem a enormes “coletivos de votantes” desorganizados, medrosos, inseguros, mas confiantes. Não confiantes “no governo”, menos ainda “no Estado”. Confiantes naquele que seria o fator do benefício, o governo federal, personalizado no presidente. O agente político local, vinculado à prefeitura, é, para o beneficiário do PBF, aquele que causa medo, pois pode “tirar” o Bolsa Família. O governo federal dá; a prefeitura pode tirar. Reestrutura-se, assim, a própria estrutura do fazer tradicional da política, que tinha nos “políticos” locais os

agentes de “confiança”: o que era distante se torna próximo (confiança), o que era próximo se distancia (medo).

O reconhecimento dos indivíduos apenas como pobres da assistência, ou melhor, beneficiários do PBF, pode também limitar o desenvolvimento da cidadania ativa, bem como a criação de estratégias de autonomização dessas famílias via valores culturais e práticas sociais legitimadas socialmente em cada grupo, classe social ou comunidade. Assim, tornam-se frágeis aspectos importantes para garantir o reconhecimento e a coesão social entre os indivíduos pertencentes a cada grupo social, dando origem a uma nova forma de reconhecimento que substitui o “social” pelo “monetário”. Ou seja, uma forma de reconhecimento que passa pelo nível da pobreza do indivíduo e pelo valor do recurso recebido.

As relações público-privado também passam a adquirir diferentes contornos na medida em que interesses privados, de entidades puramente mercantis vinculadas à ordem do mercado e ao valor de uso das mercadorias adquirem importância em detrimento de interesses públicos, comprometidos com o processo de democratização a partir do fortalecimento do Estado e da sociedade civil para garantir políticas de bem-estar pela via da universalização de direitos de cidadania (Raichelis, 2005).

Tais limites dificultam a formação de uma comunidade política organizada, além de imporem importantes desafios “à construção de mediações dos interesses dos sujeitos sociais a serem reconhecidos, representados e negociados na cena visível da esfera pública”. Nesse cenário, fica comprometida a necessária superação de uma “cultura do assistencial’ que infantiliza, tutela e torna vulneráveis os segmentos pobres da classe trabalhadora, impedindo de se constituir como sujeitos portadores de direitos legítimos” (Raichelis, 2005: 43).

Célia Kerstenetzky (2012: 231-232) destaca que as formas de interação entre as políticas sociais e a política econômica, especialmente a partir do governo Lula (2003-2009), inauguraram um modelo de “crescimento redistributivo” que alterou o cenário e a inserção dos diferentes atores no âmbito das políticas de proteção social. Neste modelo coexistem “políticas sociais economicamente orientadas”, como o PBF,¹²⁵ e “políticas

¹²⁵ Incluindo as aposentadorias dos trabalhadores do setor privado, as políticas e programas assistenciais como o PBC/LOAS e o PBF, o seguro-desemprego, o abono salarial e a política de valorização do salário mínimo (Kerstenetzky, 2012: 234).

econômicas socialmente orientadas”, como os programas de crédito subsidiado¹²⁶. Ainda segundo a autora,

[...] o país testemunhou uma aceleração do crescimento baseada em boa medida, na expansão das políticas e dos gastos sociais¹²⁷, especialmente as transferências governamentais e a valorização do salário mínimo, com resultados inéditos em termos de redução da pobreza e da desigualdade. Pode-se afirmar que a inovação principal se traduziu na aposta na possibilidade de o gasto social contribuir não apenas para o alcance de direitos, como também para relaxar suas próprias condições de financiamento, tornando o orçamento social de certo modo endógeno à própria política social (Kerstenetzky, 2012: 232).

Essa dinâmica determinou caminhos singulares para a incorporação dos indivíduos à política social a partir dos programas de transferência de renda condicionada para o combate à pobreza, como o PBF. Neste plano, os beneficiários se tornaram, prioritariamente, consumidores de produtos do mercado. Como tal, esses indivíduos figuram como protagonistas na superação da pobreza e no manejo de recursos transferidos pelo Estado. Por conseguinte, verificou-se a ampliação do consumo de bens duráveis e não duráveis, além de serviços, por alguns segmentos mais pobres, com destaque para aqueles que hoje compõem a “nova classe média”¹²⁸. Isso ocorreu em função da inserção de milhões de pessoas no emprego e na política social.

Em conjunto as transferências do governo federal e o salário-mínimo afetaram diretamente mais de 40 milhões de pessoas (cerca de 22 milhões de pessoas ocupadas, nos quais se incluem 10% dos ocupados formais e 15% dos informais, mais de 18 milhões de pessoas na seguridade social) fora os 11 milhões de pessoas recipientes do Programa Bolsa Família. A maciça batida em retirada do contingente da pobreza em anos recentes fez alguns analistas enxergarem no fenômeno a formação de uma “nova classe média”, formada pelo quinto intermediário da distribuição de renda (a classe de renda “C”), os novos detentores de carteiras de trabalho. O crescimento do consumo de massa acabou estimulando o investimento privado,

¹²⁶ Trata-se de políticas macro e microeconômicas moduladas por impactos sociais antecipados, como a redução das taxas de juros para impulsionar o crédito. Como efeitos, ampliaram-se as políticas monetárias de microcrédito orientadas aos idosos e para a agricultura familiar, o acesso a bens duráveis e de consumo pelas classes populares, etc. (Kerstenetzky, 2012: 237).

¹²⁷ Sobre a expansão dos gastos sociais entre os anos 2003 e 2008, Kerstenetzky (2012: 232) pondera que os investimentos em serviços públicos sociais não foram prioritários, o que se justifica pela percepção dos *policy-makers* de que sua “expansão autônoma não é vista como um impulso da mesma ordem de importância que a expansão autônoma das transferências, seja em função de garantias de direitos, seja em seus efeitos econômicos sobre o emprego, a renda e a capacidade produtiva”.

¹²⁸ É importante ressaltar que a inclusão no mercado de consumo também pode estimular o endividamento desse segmento.

sobretudo em construção residencial¹²⁹ (Kerstenetzky: 2012: 235-236).

No entanto, a inclusão de famílias no mercado de consumo não foi acompanhada de uma expansão nos serviços de proteção social e políticas estruturantes. Verifica-se ainda uma provisão insuficiente de recursos públicos para as ações no âmbito da educação, assistência social e saúde. O gasto público por estudante no Brasil ainda continua sendo muito baixo, mesmo dentro do continente latino-americano: “1/3 do gasto chileno nos níveis primário e fundamental e menos de um quarto do gasto *per capita* desse país com o nível médio” (Kerstenetzky: 2012: 242). O gasto público *per capita* com saúde segue o mesmo padrão, sendo de 3,1% do PIB em 2005 contra 8,9% gastos pelos países da OECD (Kerstenetzky: 2012: 165).

A inclusão das famílias no mercado de consumo desarticulada de outras políticas de seguridade tensiona mecanismos de solidariedade e coesão, necessários para impulsionar a proteção social por meio de políticas públicas universalizantes de base constitucional (Kerstenetzky, 2012). Neste sentido, deflagra-se um processo de desconstrução simbólica e ideológica dos sistemas de proteção social universalizantes, ao passo que se estimulam o consumo e a demanda por serviços exclusivamente pela via do mercado (dada a associação entre bem-estar social e mercado, visto que os programas de transferência de renda acabam funcionando como estratégias de expansão de mercado). Assim, este cenário impõe importantes desafios para a inclusão social promovida pelos programas sociais como PBF, bem como ao estímulo à coesão social consequente a um sistema solidário de proteção social universal.

Durante o trabalho de campo, era frequente que o reconhecimento dos beneficiários ocorresse a partir da condição de usuário do programa e do montante de recurso recebido. Isso se revelou a partir de falas como: “*aqui todo mundo é igual porque todo mundo recebe*”, “*aquela família é igual a nossa porque tá panhando R\$ 100 também*”, etc. Isto torna questionável a capacidade de mobilização social dos participantes do programa em função dos limites impostos por este tipo de

¹²⁹ Durante as entrevistas, quando se perguntava aos informantes sobre os desejos ainda não alcançados mesmo com o recebimento do recurso do PBF, muitos destacaram que gostariam de realizar reformas na moradia, ampliar a residência ou construir nova moradia. Provavelmente, muitos beneficiários ainda não alcançaram renda suficiente como esta “nova classe média”, que com os recursos advindos do trabalho e dos efeitos monetários da política social, consomem produtos da construção civil. Apesar disso, vale ressaltar os relatos dos entrevistados sobre a ampliação do consumo de bens duráveis e não duráveis, como já destacado em “Repercussões do PBF na dimensão econômica da exclusão social”.

“reconhecimento monetário”, quando a renda passa a assumir o eixo central organizativo da vida social, além das dificuldades ligadas à construção de interesses coletivos.

A centralidade adquirida pelo dinheiro ou renda para a organização da vida social constitui um importante aspecto do PBF com repercussões na dimensão política da exclusão social. Segundo Favero (2011), a influência de programas assistenciais como o PBF em comunidades rurais deslocou o trabalho ou a produção para um segundo plano; o dinheiro tomou o lugar da produção para o autoconsumo e a terra também perdeu *status* nessa nova teia de significados. Por conseguinte, o território e o trabalho rural deixaram de figurar como elementos identitários do grupo e, por fim, fragilizam-se os “laços laterais”, constituídos a partir da participação dos trabalhadores rurais em organizações associativas e sindicais. É importante ressaltar que em um dado momento foram estas organizações que

[..] introduziram os agricultores familiares no campo da economia da troca mercantil e fomentaram a emergência de um modelo de assistência social (saúde, previdência, alívio da pobreza...) que requeria, como condição necessária, o estabelecimento desses vínculos sociais laterais e formais. Todas essas organizações se mantêm, ainda hoje, fiéis às tradições que as constituíram: representam o acesso a uma institucionalidade que reorganizou o cotidiano das famílias, alongou os trajetos dos seus membros, principalmente do homem, e expandiu as fronteiras dos territórios. Entretanto, ao mesmo tempo, elas não extinguiram a economia gratuita e as tradicionais relações de reciprocidade familiares e de vizinhança que tinham na mulher e nas crianças os atores mais importantes (Fávero, 2011: 621).

Dessa forma, tais organizações transformaram-se apenas em intermediários para solicitar do Estado determinados serviços de assistência. Com isso, o governo federal passou a figurar como referência central para o acesso à institucionalidade da política social e reorganização da vida cotidiana, ficando em segundo plano o governo municipal, responsável por “fiscalizar” o cumprimento dos pré-requisitos e contrapartidas para inserção e permanência na política social; e quase esquecidos, ou cada vez menos legítimos, tornam-se os sindicatos de trabalhadores rurais e associações comunitárias ou de produção (Fávero, 2011).

Mesmo nas comunidades de áreas rurais em Silva Jardim, não foi possível reconhecer nenhuma instância formal de participação social ligada ao trabalho rural. Apenas em uma das áreas rurais, Caxito, havia uma associação de moradores. Era

composta seis por membros da comunidade local e tinha por função encaminhar demandas da comunidade, as quais estavam muito relacionadas às precariedades estruturais do bairro, aspecto comum a todos os residentes da área e não específico dos usuários do PBF.

Um elemento importante de superação de práticas clientelistas é a legitimidade de órgãos institucionais para viabilizar o acesso ao PBF. A SEMPHTS era reconhecida e legitimada pelas famílias como tal, cabendo ainda a esta instância realizar a gestão local do PBF junto com o governo federal. Dessa forma, as famílias reconheciam a “Promoção Social” como o local/instância para recorrer quando possuíam demandas ligadas a inscrição no programa, renovação de cadastro e para enfrentar problemas relacionados às suspensões e cancelamentos de benefícios.

Enquanto esses procedimentos eram tratados no âmbito da institucionalidade, o manejo do PBF adquiria *status* diferente do de outros programas vivenciados pelas famílias pobres, como o Programa Cheque Cidadão, por exemplo. Neste, havia atores intermediários nas relações sócio-assistenciais do governo, como rememorado na fala das Entrevistas 17 e 20, que não permaneceram com a criação do PBF.

Quem pagava o cheque cidadão era Rosinha do Garotinho. Daí uma moça da igreja distribuía. (Entrevista 17).

A gente ia lá em Silva Jardim... sempre quem distribuía era lá na Igreja Católica, a gente ia lá pegava... vinha um cheque com seu nome no valor de R\$ 100... aí ia para o Mercado do Tinoco fazer compra...lá que aceitava [...] tinha vez que a gente até ficava aborrecido, que muitas das vezes o Mercado do Tinoco tava um preço tão alto, o outro estava mais barato, mas a gente não podia [...]Tinha que gastar tudo ali. Sempre a gente saía de casa, saía com um trocadinho a mais, que se passasse, a gente... tinha que cobrir. (Entrevista 20).

Antes do PBF, a gestão da assistência social poderia ser personificada em indivíduos que autorizavam ou não a distribuição do benefício a partir de critérios que não eram democraticamente construídos ou declarados. Com isso, outros critérios de elegibilidade, como a proximidade com as esferas de poder local, a religião, entre outros, poderiam constituir elementos não publicizados, mas limitantes para o acesso a um benefício.

Sobre tais aspectos, autores destacam que o PBF impulsionou importantes avanços para política social a partir da construção de uma identidade do programa e do desenvolvimento de uma nova institucionalidade no campo das políticas sociais,

impulsionando o aumento da capacidade técnica local para a operacionalização e gestão de políticas públicas e a construção de um legado institucional promissor à superação de práticas clientelistas (Silva, 2007; Silva; Senna, 2009; Magalhães et al., 2007; Monnerat et al., 2007; Vaitsman et al., 2009; Magalhães; Boldstein, 2009).

Outro avanço do PBF a ser mencionado na esfera do direito é a liberdade para resgate e utilização do recurso de um benefício social. O fato de todos os titulares possuírem um cartão para recebimento do benefício em qualquer agência conveniada à Caixa Econômica Federal conferia maior liberdade para a família resgatar o dinheiro, bem como utilizar o recurso.

Quando os entrevistados rememoravam o período em que a assistência social se restringia ao recebimento de uma cesta básica, destacavam que muitos dos produtos recebidos não atendiam às necessidades da família. Outras relatavam que, apesar de a doação de alimentos ser importante, ainda persistia o problema da falta de recursos para custear gastos essenciais na vida da família, como as contas de água, luz, material escolar, etc. Concluía que, com o PBF, o recebimento de um benefício em dinheiro permitia arcar com esse tipo de gasto, como destacado na Entrevista 17 – conforme já explicitado neste trabalho.

Ah... assim, se for comparar o cheque cidadão com o bolsa família... o problema que o cheque cidadão tinha que fazer compra, tudo em compra, o bolsa família não, com a bolsa família a gente paga uma conta de luz, conta d'água, compra gás. Eu sou mais o dinheiro. (Entrevista 17).

Neste sentido, é importante ressaltar que o modelo operacional de transferência de benefícios adotado pelo PBF favorece o reconhecimento da autonomia dos indivíduos em situação de pobreza para manejar recursos transferidos diretamente pelo governo federal (Estrella; Ribeiro, 2008a; Vaitsman, 2009).

Vale ressaltar, ainda, que a partir do PBF houve a possibilidade de adquirir outros benefícios governamentais. As famílias tinham informações de que a inscrição no CadÚnico e a participação no PBF poderiam viabilizar a inclusão em outros benefícios ou subsídios governamentais, como a Tarifa Social de Energia Elétrica¹³⁰ (TSEE), conforme a Entrevista 18.

¹³⁰ A TESS foi regulamentada pela Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), por meio da Resolução Normativa nº 407, de 27 de julho de 2010. A TESS estabelecia desconto na conta de luz de 10

Mas só tem que... a conta de luz já está vindo cara. Aí falaram que... iam beneficiar só as pessoas que recebem o bolsa família... eles poderiam fazer uma promoçãozinha, né? aí ela foi lá... mas por enquanto a conta de luz tá vindo a mesma coisa. Aí eu não sei se eles abaixaram... Disseram isso, né? eu acho que a conta de água também, né? (Entrevista 18).

Os entrevistados destacavam também que, a partir do PBF, poderiam ser incluídos em outros programas executados pelo nível estadual, como o Programa Renda Melhor¹³¹, frequentemente citado. É importante ressaltar que o governador do Estado do Rio de Janeiro foi pessoalmente ao município de Silva Jardim em 24 de janeiro de 2012, para anunciar o lançamento do programa no Centro de Educação Pública Municipal Professora Vera Lúcia Pereira Coelho, que fica no bairro Cidade Nova. Na ocasião, declarou que mais de cinco mil famílias do município participariam do programa. O que ficou na memória coletiva dos entrevistados a partir daquela data foi a possibilidade de ter adicionado ao recurso do PBF o valor máximo do novo programa social estadual (no valor de R\$ 300,00), conforme declarado pelo governador. A expectativa das famílias pobres beneficiárias do PBF era grande.¹³²

Das famílias entrevistadas, uma já recebia o benefício do Renda Melhor (Entrevista 14) e outra havia sido comunicada de sua inclusão e aguardava o recebimento de RR\$ 200,00 (Entrevista 28).

Sérgio Cabral veio aqui. No Brizolão... Aí falou que era de R\$ 30,00 a R\$ 300,00. No caso eu, pego R\$ 100,00, né? [Referindo-se ao recurso que recebe do PBF] Eu e meus filhos. E a menina dali debaixo pega R\$ 100,00 também. Uma vizinha minha. De lá da rua detrás. Ela pega R\$ 100,00. Aí eu falei com ela. Ela passou aqui que ela pega comprar as coisa também, né? Cesta básica [...]. Na época eu falei: Bom, não é possível que eles vão dar R\$ 30,00 pra gente que não dá nem pra um gás, né? O gás é R\$ 42,00 aqui. Aí a menina passou com a compra e me falou: Ih menina! Você já viu quanto que você vai ganhar lá no Renda Melhor? Eu falei: acho que não saiu, disse que tinha que esperar a carta chegar em casa pra gente poder saber, né? Porque ele falou lá... que em fevereiro ia chegar uma carta dizendo... com o meu cartão, dizendo quanto que nós iríamos ganhar. Aí eu fui lá saber do meu também, ela falou: Olha, R\$ 40,00. Falou isso pra mim, R\$ 40,00! Eu falei: Caramba! Um gás só também, né? Daí ficou R\$ 140,00. (Entrevista 14).

a 65%, a depender do consumo mensal de energia elétrica, para a população de baixa renda; e de até 100% para população quilombola e indígena.

¹³¹ O Programa Renda Melhor, lançado em 2011 pela Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Estado do Rio de Janeiro (SEASDH), no intuito de se alinhar ao Plano de Erradicação da Pobreza Extrema no estado. Tem como objetivo assistir, com a distribuição de benefícios financeiros, as famílias integrantes do PBF na ordem de R\$ 30,00 a R\$ 300,00, de acordo com critérios preestabelecidos pelo programa para adscrição de cada família (SEASDH, 2013).

¹³² Caderno de campo, Silva Jardim, 03/04/12; 10/04/2012.

A gente vai tirar outro, esse que se chama... um outro que tá vindo aí...falaram dele na escola [...] Já veio já... veio a mensagem explicando que é R\$ 200,00. (Entrevista 28)

Diferentemente do PBF, as famílias relacionavam o Programa Renda Melhor à figura do governador do estado. Além disso, o clima era de muita incerteza sobre a possibilidade do recebimento e o valor do recurso.

7.4.2. “O direito de existir”: a inscrição no PBF e o reconhecimento jurídico do cidadão

Outro elemento apreendido por meio do trabalho de campo foi à importância do PBF e a inclusão social promovida via reconhecimento jurídico do cidadão. A inscrição no CadÚnico para pleitear o PBF exigia a documentação de todos os membros da família, o que impulsionava algumas famílias a buscarem documentos de identificação pela primeira vez ou a regularizarem a documentação em caso de perda ou extravio, como evidenciado na Entrevista 9.

Entrevistada: Assim, eu fui lá e pedi para eles fazer a bolsa família porque eles me viram cheia de filhos. Ai pediram para mim fazer para me ajudar, porque nem documento eu tinha. Ai eu tirei rapidinho, ai eles pediram para mim fazer.

Pesquisadora: Que documentos que você tirou?

Entrevistada: Eu tirei só identidade, a carteira e o título porque o CPF deu problema, não veio não [...] eles mandaram a folha para mim explicando que vai ter que tirar outro de novo, deu problema lá em baixo. (Entrevista 9).

Neste sentido, a engenharia institucional do PBF se torna promissora à inclusão social, por induzir determinada legalidade no sentido jurídico da cidadania via inscrição dos usuários no programa.

Apesar de restrito ao aspecto normativo, este dispositivo legal confere adscrição do cidadão à ordem jurídica de um Estado, assegura liberdades individuais ao cidadão e possibilita sua participação em diversas instâncias e instituições importantes na vida social. No entanto, obviamente, apenas esta prerrogativa não é capaz de garantir a cidadania plena aos sujeitos.¹³³ Segundo Rego (2008: 154), “constituir-se cidadão em

¹³³ Segundo Marshall (1967), a cidadania plena se constitui a partir da cristalização de direitos civis, capazes de assegurar as liberdades individuais; os direitos políticos, que garantem a participação dos

sentido jurídico significa acesso à plenitude dos direitos democráticos de cidadania, ou seja, o gozo dos direitos políticos, civis e sociais”.

Ao pensar sobre os efeitos do PBF no espaço público, Rego (2008) indaga se o programa teria caráter emancipador ou seria apenas uma medida para amortizar conflitos? Para responder a esta questão, a autora destaca que, no caso das mulheres, programas como o PBF, somados a “políticas de reconhecimento que contemplem as várias dimensões das injustiças econômicas, sociais e culturais que as vitimam”, são capazes de alterar os caminhos da experiência das mulheres na vida pública (marcado por dinâmicas de exclusão social) e produzir uma geração mais afeita ao desenvolvimento de uma cultura democrática (Rego, 2008: 177).

A marginalização cultural aliada à econômica atua como elemento restritivo à fruição de direitos civis e políticos por parte destes sujeitos sociais. As restrições à experiência da vida regida por direitos e prerrogativas democráticas de expressão e direito de voz na sociedade limitam significativamente sua constituição como sujeitos capacitados politicamente a formular e ampliar demandas cívicas (Rego, 2008: 177).

Dessa forma, a autora chama a atenção para “as potencialidades emancipatórias presentes na dotação de recursos monetários” vinculadas a programa como o PBF e para a importância desse debate na agenda democrática brasileira (Rego, 2008: 177). Sob diferentes prismas denota-se, portanto, que o PBF constituiu uma forma de ingresso de milhões de brasileiros na política de assistência social. No entanto, verifica-se também que a falta de estabilidade sobre a permanência do beneficiário no programa e a inoperância das ICS do PBF não permitiram ampliar a cidadania fundada na expansão dos direitos de base universal, como se esperava dos projetos políticos pós-Constituição de 1988.

O fato de o PBF não configurar efetivamente um direito aliado ao insatisfatório funcionamento e o caráter ainda consultivo das ICS, além de queixas sobre distorções ainda praticadas pelas instâncias locais para o cadastramento de beneficiários – não verificadas neste estudo mas relatadas pela literatura (Cohn, 2012) – limitam a cidadania induzida pelo programa e evidenciam a existência de formas de regulação para usufruto da assistência social a partir do PBF, a despeito da cidadania universal plasmada no projeto político democrático constitucional pós-1988.

cidadãos no exercício do poder político; e os direitos sociais, que asseguram o acesso a um mínimo de bem-estar material para garantir o pleno pertencimento social e a participação na comunidade política.

O termo “cidadania regulada” foi utilizado por Wanderley Guilherme dos Santos (1979) para designar uma forma de cidadania que limitava os direitos sociais a direitos trabalhistas secundários à inserção do trabalhador a determinada estratificação ocupacional, em detrimento dos direitos civis e políticos. Segundo o autor, “a cidadania estava embutida na profissão e os direitos do cidadão se restringiam aos direitos do lugar que o mesmo ocupava na esfera produtiva, tal como reconhecido por lei” (Santos, 1979: 75).

Na política social contemporânea, o trabalho não figura mais como um registro de nascimento civil para o usufruto da assistência social, como ocorria no Brasil antes da Constituição de 1988, um determinante da participação desigual do cidadão no sistema previdenciário brasileiro. Em seu lugar, a inclusão em linhas e pobreza se torna o principal critério de inclusão em programas sociais, aliada à estratificação etária dos membros da família, ao atendimento a determinadas condicionalidades para definir a permanência no programa, além de outras incertezas sobre a inclusão da família e a manutenção do benefício do PBF. Assim, corporificam-se novos eixos de regulação no âmbito da política social, capazes de definir não apenas a inclusão ou a exclusão dos indivíduos no PBF, como também maiores e melhores benefícios.

Dessa forma, tais parâmetros se tornam definidores do ingresso do indivíduo na arena da cidadania, a partir da participação em um programa sócio-assistencial, em substituição à divisão social do trabalho e ao reconhecimento ocupacional e profissional, como ocorria na era pré-SUS. Com tantos mecanismos de regulação, além de possíveis arbitrariedades na implementação do programa, nem esse “quase direito” ao PBF é assegurado. Enfim, um “quase direito” não é um direito de cidadania.

7.4.3 Entre o direito à proteção social e o cumprimento das obrigações do PBF: pontes construídas na ESF

A atenção básica é uma esfera assistencial destacadamente importante para o alcance de uma das metas do PBF: o rompimento da pobreza geracional a partir do cumprimento de condicionalidades da saúde. Portanto, para que as famílias possam cumprir as contrapartidas e o setor contribua ao PBF, torna-se essencial que este tipo de serviço seja ofertado com qualidade para toda a população.

Apesar dos incentivos financeiros destinados especialmente à atenção básica no Brasil¹³⁴, aliados à expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família¹³⁵ – mesmo considerando as heterogeneidades regionais –, o subfinanciamento do setor¹³⁶ e o peso do gasto privado ainda comprometem a real universalização do sistema de saúde brasileiro (Gadelha; Costa, 2012; Bahia, 2012).

Além disso, algumas fragilidades para produzir informações sobre condicionalidades podem comprometer a análise dos resultados das mesmas. Pesquisadores destacam que as informações sobre condicionalidades do setor saúde repassadas pelos municípios são precárias; as realidades dos serviços de saúde na atenção básica dificultam a consolidação de informações sobre contrapartidas e o envio das mesmas para uma base nacional (Soares et al. 2009; Lindert et al. 2007; Estrella; Ribeiro, 2008b; Castiñeira, 2009; Monteiro, 2009), como também indicam a baixa qualidade dos serviços e a falta de integração das políticas sociais universalizantes com as políticas focalizadas (Vaitsman, 2009; Magalhães; Bodstein, 2009; Kerstenetzky, 2009).

Contudo, estudos têm identificado a contribuição do PBF no âmbito da saúde, em especial no que tange aos efeitos das condicionalidades vinculadas ao setor para a população beneficiária do programa.¹³⁷ Apesar de os resultados não serem consensuais, autores referem efeitos positivos do programa na segurança alimentar e nutricional (Andrade et al., 2007a; Casteñeira et al., 2009; IBASE, 2008; Rocha, 2009), na atenção

¹³⁴ O gasto do Ministério da Saúde com atenção básica migrou de 15,68% em 1998 para 25,06% em 2001. Isso se deve em grande medida à criação da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que incrementou as transferências diretas fundo a fundo no campo da atenção básica por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), configurando importante instrumento na operacionalização da descentralização do sistema. Assim, “a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, passando a priorizar as transferências a municípios” (Mendes; Marques, 2003: 404). Atualmente, a Portaria Ministerial nº 978, de 16 de maio de 2012, é utilizada para definir os valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

¹³⁵ Em 1998, a Saúde da Família estava implantada em 1.219 municípios brasileiros de 24 estados, no entanto, o sucesso de implantação encobria a baixa cobertura populacional. Em 1999, houve a introdução de uma nova modalidade para o cálculo dos incentivos financeiros do PAB variável referente à Saúde da Família, remunerando melhor os municípios com maior cobertura populacional do PSF – antiga denominação da ESF. Com isso, em dezembro de 2001 o PSF alcançou 3.090 municípios brasileiros, com uma cobertura de 51% da população do país (Souza et al., 2001 apud Escorel et al., 2005).

¹³⁶ De meados da década de 1990 ao longo dos anos 2000, não houve grandes mudanças no gasto público do setor saúde. Medido em % do PIB, nota-se que este gasto foi de 3,4 em 1995 para 3,2 em 2000 (Mendes; Marques, 2003) e de 3,9% em 2005 (Kerstenetzky, 2012). Nota-se que os países da OECD tiveram um gasto público com o setor saúde da ordem de 6,9% do PIB (Kerstenetzky, 2012: 155).

¹³⁷ Verificar capítulo III, “Programa Bolsa Família”.

pré-natal e na saúde das crianças (Paes-Souza; Quiroga, 2011; Paes-Souza; Santos; Miazaki, 2011; Rasella et al., 2013).

Dada a importância do ESF para alcançar os resultados do PBF, autores têm enfatizado a importância de estudos sobre a interação entre a Saúde da Família e o PBF, tanto pela importância dos serviços de atenção básica para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde, quanto pelo papel relevante desses serviços para o cumprimento das condicionalidades do programa (Fonseca; Viana, 2007). Não foram encontrados estudos que analisem a contribuição da ESF para a saúde das famílias beneficiárias do PBF. No entanto, as entrevistas realizadas indicam que a ESF pode potencializar efeitos positivos do PBF entre as famílias beneficiárias, ressaltando sua importância como intermediário institucional entre as famílias e o programa, para a construção de reconhecimento e participação desses usuários na política social.

7.4.3a As condicionalidades da saúde como um certificado de participação no programa

Os entrevistados consideravam que a partir das condicionalidades da saúde eram construídos novos canais de diálogo entre os beneficiários do PBF e as equipes de saúde da família. Isso porque a instância gestora local do PBF encaminhava às unidades de saúde da família uma planilha com os nomes dos titulares e seus dependentes que deveriam cumprir as condicionalidades da saúde. Esse documento era utilizado pela equipe local para fazer a busca ativa de usuários para evitar o desligamento do programa pelo não cumprimento dessa contrapartida.

As equipes de saúde da família, em especial os ACS, além de intermediarem a relação dos beneficiários com a instância gestora local do PBF com vistas a ampliar o acesso às informações, buscavam soluções para problemas que envolviam descompassos e falta de comunicação, ou ainda, prejuízos no recebimento do benefício e exclusão indevida do programa. Dessa forma, para os entrevistados as condicionalidades da saúde representavam um certificado de participação no PBF, como destacado nas Entrevistas 7 e 20:

Eu acho esse controle bom porque para a gente estar por dentro das coisas. E tem que ser feito a favor do Bolsa Família, sim eu acho um bom controle. Porque é uma maneira da gente poder saber e também estar se programando para o bolsa família. Eu gosto do controle. Sempre que a menina vem eu vou, não deixo de ir não, eu participo [...] Ajuda muito, porque quando vem o controle já sabe que

a gente não está afastado [...] É um risco de perder, né? Porque se tem um nome teu lá para você fazer o controle, não é só porque tem o bolsa família você não quer mais saber, vira as costas... Não! Tem que dar atenção. E com isso, você está por dentro. (Entrevista 7).

Já é duas vezes que não vem pesagem pra mim ali no posto, entendeu? Nem minha filha nem nada, já duas vezes... Eu fiquei até com medo de ser cortada agora porque veio a ficha de todo mundo, a minha não veio. Aí eu peguei e falei: Ué! Por que quê a minha não veio? Aí a minha nora foi ontem lá em Silva Jardim, ta com essa menina que ta fazendo tratamento lá em Silva Jardim, aí eu pedi a ela pra perguntar, ela falou assim: Ah... chegou lá eu conversei, a moça falou que é pra senhora ir recadastrar assim mesmo. (Entrevista 20).

Estes mecanismos de busca ativa de beneficiários, empregados tanto para atender à convocação da SEMTHPS para recadastramento de usuários quanto para cumprir as condicionalidades da saúde, impulsionavam o diálogo entre as equipes de Saúde da Família, os beneficiários do programa e a instância gestora local do PBF, de modo a colaborar para a manutenção dos benefícios liberados às famílias de determinado território, como destacado na Entrevista 2.

Já várias vezes, pesagem, eles te chamam para fazer pesagem para levar pra lá para baixo, né? E sempre quando eles tão sabendo que tem cadastro, alguma coisa assim, relacionado é tudo ali no postinho. Eles vem na porta da gente assim avisar, a gente nunca fica sem saber não. Sempre tão na porta. (Entrevista 2).

Muitos ACS destacavam que o fato de um documento com o nome dos beneficiários ser disponibilizado na USF para o cumprimento de condicionalidades viabilizava a informação sobre o recebimento de benefícios sociais por parte das famílias em suas áreas de adscrição. As famílias também entendiam que isso resolvia algumas dificuldades, como por exemplo, o deslocamento de uma família à SEMTHPS, especialmente com filhos, como evidencia a fala da Entrevista 11:

Eu acho que é bom, indo lá a gente não tem necessidade de ir lá em Silva Jardim fazer só isso. E quando faz aqui não tem necessidade de ir lá então para gente é melhor, facilita bastante. (Entrevista 11).

Entretanto, em nenhuma das entrevistas realizadas ou durante o trabalho de campo verificaram-se ações da Saúde da Família junto à assistência social para além de questões que envolviam as condicionalidades. Sobre o recurso do IGD, a coordenação de Saúde da Família relatou que em um dado momento houve um recurso da

SEMTHPS utilizado para a compra de balanças para as unidades. Mas foi uma colaboração pontual.

Nas entrevistas com gestores de ambas as secretarias e com a coordenação de Saúde da Família, não foram verificadas ações intersetorias ou análise conjunta de dados gerados pelas condicionalidades para o planejamento dos serviços em favor das familiares beneficiárias. Em outras entrevistas, as famílias declaravam não entender a utilidade de cumprirem as contrapartidas da saúde. Relatavam que esta atividade não chegava a prejudicar o cotidiano no lar por serem fáceis de realizar, mas não percebiam benefícios. Outras famílias destacaram que já realizavam estas ações como um cuidado às crianças, como denota a Entrevista 13, abaixo:

Pesquisadora: A senhora acha que isso [as condicionalidades da saúde] interferem na saúde da sua família?

Entrevistada: Não. Isso eu nem sei porque existe. Altura, pra quê isso? Ver o peso, pra ver se tá aumentando? Não sei. (Entrevista 13).

Na Entrevista 15, a beneficiária tentou explicar que a exigência de condicionalidades da saúde ocorre para se averiguar se mães estão gastando o recurso do programa “adequadamente”: “*Eles botam assim, os filhos e a mãe pra poder pesar. Porque tem mãe que aproveita o dinheiro dos filhos, né?*”. Em um dado momento da entrevista, a filha adolescente interfere e afirma:

Deve ser isso não... não é nada disso, não! Deve ser porque a criança não tem peso, aí bota a mãe pra pesar no lugar do filho pra poder ir mais peso pra poder ajudar a família. (Entrevista 15).

Outro entrevistado também não entende por que deste tipo de exigência:

Por que, pra quê? Saber do meu peso? Se ainda fosse a favor da cesta básica... mas não precisa pra saber se a gente tá magro... a cesta básica não vai engordar ninguém [...] Altura, pra que altura? Eu não cresci mais nem diminui. Eu acho que isso seja uma bobagem [...] Quando eu me alistei eu tava com 1 e 65, eu não cresci mais! Só vou crescer daqui a uns tempos quando Deus quiser, né? Quando eu esticar os dedos! (Entrevista 25).

Não se verificaram efeitos significativos das condicionalidades de saúde no que tange ao enfrentamento das iniquidades de saúde relatadas pelas famílias – a serem discutidas no próximo capítulo –, nem à ampliação da coesão social do grupo. Além disso, essas obrigatoriedades influenciam de maneira muito limitada nas dinâmicas

sociais de inclusão e exclusão social. Seus efeitos são mais importantes no sentido de atenuar os problemas ligados às fragilidades de comunicação do PBF com seus usuários.

Sobre os desafios do PBF na dimensão política nos processos de inclusão e exclusão social, torna-se importante ressaltar a vigência de limites para a representação dos beneficiários do programa no espaço público, de modo a não promover uma cidadania ativa e/ou participativa. Além disso, denota-se que as instâncias de controle social não são efetivas: não foi constituído no município um Comitê Gestor do PBF, nem os beneficiários estão representados no Conselho Municipal de Assistência Social, dado provavelmente similar a outros municípios brasileiros com importante contingente de beneficiários do PBF.

Em síntese, a análise dos efeitos do programa nesta dimensão levou aos seguintes achados da pesquisa sobre o PBF:

- Dificulta práticas clientelistas nas relações sócio-assistenciais do governo com os usuários, ao estabelecer mecanismos de cadastro (CadÚnico).
- Viabiliza por meio do CadÚnico a inclusão de famílias pobres em outros benefícios ou subsídios governamentais (Tarifa Social de Energia Elétrica, Programa Renda Melhor do Governo do Estado do Rio de Janeiro).
- As condicionalidades da saúde: (a) impulsionam o diálogo entre as equipes de Saúde da Família, os beneficiários do programa e a instância gestora local do PBF, para a manutenção dos benefícios liberados às famílias de determinado território; (b) conferem às famílias segurança de permanência no programa; e (c) viabilizam o acesso dos integrantes das famílias beneficiárias às unidades básicas de saúde, por meio de lista encaminhada aos serviços contendo nomes dos titulares e dependentes do território que devem cumpri-las.
- Representa a porta de entrada ao direito à assistência social de famílias pobres até então alijadas de seu usufruto.
- Apresenta limites na expansão da representação dos beneficiários do programa no espaço público, e não promove uma cidadania ativa e/ou participativa.

- As instâncias de controle social não são efetivas, pois não há um Comitê Gestor do PBF, nem os beneficiários estão representados no Conselho Municipal de Assistência Social ou Conselho Municipal de Saúde – instâncias de representação formalmente constituídas no município.

CAPÍTULO VIII - A Estratégia de Saúde da Família e as dinâmicas de exclusão e inclusão social

O contexto social e o modo como as pessoas vivem e se relacionam têm efeitos importantes nas condições de saúde. Pensar a saúde como uma necessidade humana básica, um recurso para a vida digna, implica entender o processo saúde-doença na perspectiva da determinação social e como um direito de cidadania (WHO, 1948; 2000; 2005).

Nesse contexto, a natureza social do processo de adoecimento não pode ser circunscrita à experiência individual e à evidência orgânica da doença – o caso clínico; ela alcança outras dimensões objetivas e simbólicas ligadas ao desenvolvimento humano e organização social, as quais constituem determinantes do processo saúde-doença no âmbito da coletividade. Torna-se, portanto, imprescindível pensar a produção da saúde como um fenômeno ligado à questão social e suas expressões a partir dos temas “pobreza”, “desigualdade” e “processos de exclusão e inclusão social” (Alves; Escorel, 2012).

Para atender à complexidade da dimensão da vida que o tema envolve, os sistemas de saúde devem ser planejados como “respostas sociais deliberadas às necessidades da população que se expressam em suas situações de saúde” (Mendes, 2012: 13). Ou seja, deve-se buscar uma correspondência entre tais necessidades e a forma como os sistemas de saúde se organizam para reponder a elas. Esta sintonia permite que a política de saúde esteja orientada à produção dos anteparos necessários ao enfrentamento de expressões da questão social, como pobreza, desigualdade e exclusão social, entre outras formas de vulnerabilidade que incidem especialmente nos grupos menos favorecidos, afetando de maneira negativa sua saúde.

Além disso, a coerência entre as necessidades de saúde da população e as respostas produzidas a partir de uma rede de organizada de serviços depende também da equalização de oportunidades de acesso, utilização e participação da população no sistema de saúde. Trata-se de considerar demandas distributivas e igualitárias como pontos de partida para a produção de políticas de bem-estar, universais e produtoras de equidade, orientadas para proteger os indivíduos dos riscos que se interpõem negativamente à produção social da saúde (Sadana et al., 2011).

É importante ressaltar que políticas com tal alcance exigem, ainda, a superação de desafios ligados à fragmentação da oferta de serviços de saúde, quadro vigente mesmo em sistemas universais, deflagrados por:

- oferta de serviços assistenciais isolados e sem comunicação;
- falta de articulação da Atenção Primária de Saúde (APS) com outros níveis de assistência à saúde; e
- atenção à saúde provida de forma reativa, episódica e centrada na doença (Mendes, 2011a).

Neste sentido, a proposição de redes integradas de atenção à saúde¹³⁸ e coordenadas pela APS tem sido referida por distintos organismos nacionais e internacionais como alternativa para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde em consonância à implementação de políticas universais e equânimes (OPAS, 2009; 2010). No Brasil, a APS, corporificada na estratégia Saúde da Família, é entendida não apenas como ordenadora da rede de cuidados, mas como eixo estruturante do SUS (Brasil, 2006). Apesar de inicialmente a Saúde da Família ter sido implantada nas áreas de maior risco social do país, a partir do final da década de 1990 sua expansão foi apresentada como proposta de reorientação do modelo assistencial.

A tônica de implantação e expansão da Saúde da Família é nitidamente a da ampliação da oferta de serviços de APS – cobertura universal; mudanças operacionais na rede básica tradicional e integração desses serviços com os outros níveis assistenciais para superação da fragmentação do sistema; desenvolvimento de uma atenção integral e resolutiva para atender à transição demográfica¹³⁹ e à situação epidemiológica do país – dada a existência de uma transição epidemiológica¹⁴⁰ “marcada por uma agenda não

¹³⁸ Segundo a OPAS (2009; 2010), a “rede de atenção à saúde é definida como uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (Mendes, 2011a:17).

¹³⁹ A situação de saúde no Brasil se caracteriza por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. [...] O efeito combinado de redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade, em especial a mortalidade infantil, resulta numa transformação da pirâmide etária da população [...]. O formato triangular, com base alargada, em 2005, irá ceder lugar, em 2030, a uma pirâmide com parte superior mais larga, típica de sociedades envelhecidas. [...] A conclusão do exame da situação demográfica mostra que, prospectivamente, o perfil epidemiológico brasileiro será, cada vez mais, pressionado pelas doenças crônicas” (Mendes, 2011a: 34-35).

¹⁴⁰ A transição epidemiológica singular do país, observada pelo lado da mortalidade, indica que ao longo do século XX ocorreu uma redução em mais de 40% das mortes por doenças infecciosas e ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes passaram a responderem por quase 30% de todos os óbitos (Mendes, 2011a: 36).

superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas” (Mendes, 2011a: 21).

A ESF assume, portanto, importância singular em face do quadro sanitário brasileiro e da organização dos serviços de saúde. Sob este prisma, a análise das práticas desenvolvidas na ótica da ESF no nível local, orientadas para famílias pobres e extremamente pobres, figura como importante elemento no debate sobre processos de exclusão social. Isto ocorre em função da convergência entre as características da Saúde da Família e a necessidade de que as intervenções voltadas aos segmentos menos favorecidos sejam capazes de ampliar a inclusão social, fortalecer a coesão e fomentar a equidade em saúde. Entre os pontos de interseção da ESF com as ações orientadas ao enfrentamento dos processos de exclusão social, podem-se citar:

- O território e as necessidades de uma população constituem elementos operacionais-chave da ESF e pontos centrais para intervenção em processos de exclusão social em todas as dimensões (econômica, cultural, política e social).
- Na ESF, a atenção à saúde deve ser centrada na pessoa, na família e na comunidade, além de levar em conta as particularidades culturais e a diversidade da população para o planejamento de ações. As dinâmicas de exclusão social também devem ser consideradas em função dos diferentes atores envolvidos, pois podem ocorrer a partir de diferentes níveis (individual, familiar, comunitário, regional e nacional), além de remeterem à diversidade dos indivíduos e grupos populacionais.
- A ESF exige um trabalho multidisciplinar, com integração e coordenação de cuidados para atender à complexidade das necessidades de saúde e às expectativas da população. Verifica-se, nos processos de exclusão social, a sobreposição das vulnerabilidades em diferentes dimensões que exigem análises a partir de diferentes prismas, necessitando, por conseguinte, da integração de distintos campos de conhecimento (economia, política, saúde, sociologia, etc.) para sua compreensão e intervenção.

Por todas essas justificativas, torna-se central refletir sobre o funcionamento da ESF a partir da ótica de famílias pobres e extremamente pobres, mais vulneráveis aos processos de exclusão social. Além disso, vale aprofundar esse tipo de investigação,

dada a potencialidade da estratégia em promover a inclusão social, especialmente de grupos sociais desfavorecidos (Escorel et al., 2005).

Outro ponto que reforça a importância da análise, considerando-se os objetivos desta pesquisa, deve-se ao fato de que as condicionalidades do PBF vinculadas ao setor saúde são operacionalizadas neste nível de atenção. Com vistas a atender às distintas necessidades sociais da população, especialmente com foco nos grupos mais vulneráveis, a ESF tem sido articulada a programas e serviços seletivos, como o PBF, por meio de condicionalidades operadas na APS. Por esta via, pretende-se que o desenvolvimento de programas focalizados de transferência de renda junto com políticas universais de educação e saúde potencializem estratégias para superação da pobreza no país (Brasil, 2005).

Nota-se que a participação do setor saúde, como ação intersetorial, tem sido enunciada no desenho institucional do PBF desde sua criação, conforme explicitado nos objetivos do programa (Lei nº 10.386/2004): i) promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde; e ii) estimular a emancipação sustentada das famílias e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público.

Os formuladores do PBF almejam que as condicionalidades do programa operadas no setor saúde, especialmente na APS, reforcem o exercício de direitos sociais básicos como estratégia de rompimento do ciclo de pobreza entre gerações. Nesta perspectiva, os depoimentos das famílias entrevistadas foram consolidados em torno de suas percepções sobre o funcionamento da rede assistencial de saúde, de modo a apontar avanços e limites para uma articulação efetiva entre suas necessidades e demandas, com destaque para as intervenções em saúde desenvolvidas pela ESF e a ação sócio-assistencial promovida pelo PBF.

8.1 A Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de beneficiários e ex-beneficiários do PBF em Silva Jardim

Durante todo o estudo, foram coletados relatos dos entrevistados sobre a importância da ESF¹⁴¹ como mecanismo capaz de impulsionar o acesso e a utilização de serviços públicos de saúde, reforçando a tese de Escorel e cols. (2005) sobre a

¹⁴¹ Diário de campo, Silva Jardim, 04/12/2011; 09/12/2011.

capacidade de a ESF promover a inclusão social, especialmente dos grupos mais vulneráveis. Isto endossa a necessidade de articulação entre políticas estruturais e as focalizadas, no sentido privilegiar o usuário dos programas de assistência social para a produção de equidade em saúde, bem como para consolidar uma política de direitos que valorize a singularidade e a extensão de suas demandas. No entanto, apesar de promissor, o funcionamento adequado da atenção básica e sua articulação com a rede assistencial demandam ainda a superação de importantes fragilidades ligadas à oferta de serviços e fragmentação do sistema de saúde (Mendes, 2011a; b).

Os depoimentos dos beneficiários e ex-beneficiários do PBF foram organizados de forma a identificar se e como a ESF tem alterado as dinâmicas de exclusão/inclusão social no espaço cotidiano e os desafios impostos para promoção da inclusão, equidade e coesão social. Neste caminho, dois vetores principais emergiram da análise dos dados: (a) A ESF como mecanismo capaz de promover inclusão social; e (b) Desafios para uma atenção à saúde integral e resolutiva.

8.1.1 A ESF como mecanismo capaz de promover inclusão social

Diversos depoimentos permitem identificar as potencialidades da Saúde da Família para alterar a dinâmica dos processos de exclusão, no sentido de promover maior inclusão social, a partir dos caminhos citados a seguir.

i) A ESF como mecanismo capaz de ampliar o acesso na atenção à saúde

Segundo Starfield (2004: 19), uma das principais metas de todos os sistemas de saúde é reduzir as disparidades entre subgrupos populacionais, “de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde”.

Entendemos acesso como o “o uso oportuno dos serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde” (Millman, 1993 apud Starfield, 2004: 225). Sobre este aspecto, as famílias entrevistadas destacavam com frequência como a implementação da ESF foi determinante para ampliar o acesso à atenção de saúde, especialmente das famílias pobres. Tal percepção estava relacionada à criação de uma Unidade de Saúde da Família (USF) no bairro.

A oferta deste serviço possibilitou mais oportunidades de utilização dos serviços de saúde, como viabilizou o contato da população com diferentes profissionais de saúde (via o trabalho da equipe multidisciplinar e do NASF). Assinalaram, ainda, que a ESF impulsionou o acesso tanto na APS, com destaque para o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde na ampliação da porta de entrada dos usuários, como a outros níveis de atenção à saúde.

Ela [a enfermeira] fica em cima: Olha, você tá precisando fazer o preventivo, hein? (Entrevista 1).

A gente tá sempre procurando... Ela [Agente Comunitária de Saúde] sempre perguntando se tá precisando de médico, assim... dentista, de alguma coisa. Ela tá sempre por aqui procurando a gente para saber da vacina, essas coisas assim, encaminhamento para algum tipo de médico, dentista, ginecologista, ela tá sempre! (Entrevista 5).

O posto de saúde é muito bom. Porque antigamente era difícil você ter acesso. Porque não tinha, mas hoje tem, então uma coisa de bom que você tem aqui é o posto de saúde. Eu acho, né! [...] Você pode fazer um exame, você pode ser atendida por um médico, enfermeira, dentista, tudo isso a gente tem ali que é útil para gente aqui. Eu acho muito útil assim médico perto (Entrevista 7).

Olha, a gente tem aqui, na verdade, agora, cada bairro tem um posto, né? Eu não tenho nada a reclamar não. Nós somos privilegiados. No posto tem até dentista. (Entrevista 22).

Ah, o posto eu não tenho do que reclamar não. O posto faz a medida do possível. Tendo o recurso que tem ali... não tem o que reclamar não. Não tenho. O pessoal até muito dedicado. Até os médicos são muito bons... (Entrevista 27).

Os serviços de APS têm sido apontados pela literatura como mecanismos efetivos para ampliar o acesso aos serviços de saúde, a partir de algumas evidências, como “a utilização da APS é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos” (Mendes, 2011b: 74).

Os depoimentos mostravam ainda a importância da ESF como primeiro contato e porta de entrada para outros níveis de atenção, apesar das dificuldades para integração e colaboração entre os diferentes níveis assistenciais para atender às necessidades e demandas da população.

Olha, eu fui no postinho daqui na época, quem ainda atendia aqui era Doutor... Olha, eu esqueci o nome do médico... Doutor Mário¹⁴² me

¹⁴² Os nomes verdadeiros dos médicos foram suprimidos para manter o sigilo de informações que permitissem identificar os participantes envolvidos no estudo.

encaminhou para o Doutor Sérgio de Silva Jardim, Doutor Sérgio fez meus exames aqui... o que tinha que fazer, e me encaminhou lá pra baixo [Niterói]. Ele deixou meus exames todinhos na clínica [Centro de Especialidades de Silva Jardim], tudo pronto, pra poder a clínica procurar vagas nos hospitais, daí foi então que eu consegui no Antônio Pedro [Hospital Antônio Pedro em Niterói]. O problema é desenrolar lá... (Entrevista 2).

Eu uso os dois bastante [Policlínica e USF]. Depois que pega aquele hábito de todo dia medir a pressão, você precisa. Daí agora eu estou dando um tempo. Tomo o remédio e depois vou lá medir. Esses dias eu fui, estava 18. Por isso que eles me mandaram para o cardiologista para ver o remédio. Me mandaram para o cardiologista lá em Niterói [...] A prefeitura que leva [...] Muitas vezes a gente não sabe ir, a gente não sabe onde é, nem conhece. Tem o motorista que pega o carro e leva a gente e deixa na porta do lugar. E lá dentro a gente se vira. E depois ele vem pegar. (Entrevista 13).

Apesar dos aspectos positivos apontados, a Entrevista 2 ilustra ainda uma queixa frequente entre as famílias. A ESF resolveu a dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária no nível local, mas coexistem dificuldades ligadas ao itinerário terapêutico do usuário para outros níveis de atenção fora do município. Neste caso, a articulação com serviços nas redes secundária e terciária de atenção à saúde é comprometida por dificuldades de infraestrutura e organização, que limitam a capacidade dos serviços para promover o acesso adequado da população quando esta necessita de atenção especializada. Como resultado, compromete-se a continuidade do cuidado, restando como alternativa às famílias a busca de serviços diagnósticos e/ou terapêuticos no setor privado e fora do município. Além de fragmentar a assistência à saúde, o pagamento direto desses serviços por parte das famílias compromete o orçamento, expondo os indivíduos pobres ao aprofundamento de sua vulnerabilidade econômica e da situação de saúde. Frente a tais desafios, Mendes (2011) propõe o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RASs) coordenadas pela APS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção

à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (Mendes, 2011b: 50).

Apesar dos problemas encontrados, os entrevistados destacaram ainda a importância da ESF para o acesso a medicamentos e exames.

Ah! Eu uso o posto pra pegar remédio, Captopril de mês em mês... (Entrevista 20).

Ah! Minha filha o postinho é muito bom. Agora mesmo eu fui lá e busquei uma porção de remédios pra pressão. Tudo de graça! (Entrevista 30).

Todas as unidades de saúde da família de Silva Jardim são providas de uma farmácia básica para dispensação de medicamentos aos usuários.

8.1.1a A importância da ESF para oferecer uma assistência territorializada, diferenciada e sensível às demandas das famílias

O acesso geográfico à unidade de saúde era um elemento importante para os usuários do município. Dificuldades ligadas à extensão territorial de Silva Jardim e às particularidades de ocupação do território, como a existência de comunidade em áreas afastadas e sem recursos, eram elementos contemplados no desenho operacional da ESF por meio da territorialização dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários da APS. O fato de a USF se localizar próximo a casa do usuário tornava-se, portanto, um aspecto positivo e bastante valorizado pelas famílias.

Pesquisadora: O que a senhora mais do gosta no Posto?

Entrevistada: Eu gosto de ir lá porque é mais perto. Eu pego a bicicleta aqui, ou vai a pé mesmo. Rapidinho chega. (Entrevista 13).

O Posto de Saúde é praticamente o único recurso que nós temos aqui no bairro. Tem a maior serventia pra nós daqui. (Entrevista 20).

Nesse contexto, é importante destacar que muitas famílias relatavam dificuldades para utilizar um serviço público que se localizasse distante do bairro de sua residência, em função de: falta de recursos econômicos para o transporte e longas distâncias, problemas relacionados ao transporte público (horários escassos ao longo do dia, pontos de parada de ônibus distantes, etc.), ou ainda, especialmente no caso das

mulheres, por não ter com quem deixar os filhos para se ausentar por longos períodos, entre outros.

O atendimento às demandas e expectativas da comunidade pela ESF também apareceu no sentido do acolhimento¹⁴³ e da responsabilização pela equipe acerca da continuidade do cuidado ao usuário para além do momento da consulta.

Mas eu acho que o atendimento do postinho é bem mais eficaz porque aqui, a gente chega passando mal, eles dão o remédio da pressão... já perguntam o que você está sentindo, aí eles vão lá e passam o remédio pra gente... eu acho que o atendimento é bem melhor do que a clínica [...] Naquela Policlínica, também acho assim, muito estranho, porque a pessoa chega passando mal... eles, assim, perguntam o que você está sentindo, mas só que não faz exame. Eles vai lá, aplica logo uma injeção logo, fala assim: já acabou, você pode ir embora. (Entrevista 15).

Eles lá me dão muita atenção. Minha mãe tava ruim com pressão baixa. Aí ela foi, me pegou e me levou lá para medir pressão. Veio aqui em casa avisar também sobre o teste para ver que é que tava com glicose alta. Vem ver se tá com diarreia [...] Tem uma moça que passa aqui de vez em quando pra ver o quê que a gente tem, se a gente precisa de alguma coisa... se a gente tá passando mal... ela veio aqui já duas vezes pra ver como é que ele está [se referindo ao filho que no dia anterior tinha tido alta de internação por dengue] eles ali sempre dá atenção! (Entrevista 18).

Fui essa semana, sai daqui, fui lá pra poder panhar o remédio com esse dedo aqui, que eu não dormi com esse dedo latejando, pra arrumar uma pomada. Quem me atendeu foi aquela menina [se referindo a enfermeira]. Aquilo é uma excelente pessoa! Gosto daquela menina demais! Gente boa, ela qualquer coisa ela arruma, uma pomada, fez curativo no meu dedo mesmo, nesse dedo mesmo uma vez, uma vez... foram trinta dias de curativo. Ela tava cuidando de mim... Ela é uma menina muito atenciosa (Entrevista 24).

Pode-se observar pela Entrevista 15 a percepção de que na USF existe uma investigação mais ampla da queixa principal, diferentemente do que ocorre no atendimento de urgência disponibilizado pela Policlínica.

O acolhimento é dispositivo tecnológico que contribui para efetivação do SUS, à medida que potencializa o protagonismo dos atores ao valorizar a singularidade, a

¹⁴³ O acolhimento é dispositivo tecnológico que contribui para efetivação do SUS, com diferentes dimensões: i) ética, que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; ii) estética, porque traz para as relações e os encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; iii) política, porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (Brasil, 2010: 6).

subjetividade, os valores e as necessidades dos usuários quando procuram os serviços de saúde (Brasil, 2010: 6).

A responsabilização e a continuidade do cuidado são elementos destacados por Starfield (2004: 314) para se efetivar a integralidade na APS. Dessa forma, a responsabilidade continuada por indivíduos e coletivos é “um componente-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde”. Assim, a atenção dispensada pelas equipes de Saúde da Família pode ser considerada diferenciada quando comparada a atenção à saúde tradicional - centrada na doença, episódica e pontual (Mendes 2011b).

8.1.2 Desafios para uma atenção à saúde integral e resolutiva

A integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-la. (Starfield, 2004: 314).

Para os beneficiários e ex-beneficiários do PBF entrevistados em Silva Jardim, a atenção integral e resolutiva figura como importante necessidade não atendida no âmbito da atenção à saúde. Nos depoimentos foram destacados problemas que comprometem o desenvolvimento do cuidado em saúde, relacionados a: acesso aos diferentes níveis do sistema de saúde, interação profissional-paciente e coordenação de cuidados, apontando para os seguintes desafios:

i) O agendamento e encaminhamento: dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde no município

Se, por um lado, a ESF era valorizada pela população em função da atenção territorializada e diferenciada, por outro, a organização do processo de trabalho e do fluxo de usuários no serviço era objetos de duras críticas pelos usuários.

Embora se trate de Unidades de Saúde da Família que deveriam promover estratégias de acolhimento dos usuários para uma produção de cuidado equânime, algumas conservavam ainda uma lógica de marcação de consulta médica ordenada pela distribuição de senhas sem qualquer estratégia para lidar com o atendimento de demanda espontânea. A Entrevista 15 ilustra a percepção de usuários sobre os limites

impostos por este modo de organização do atendimento médico para a saúde pela população, com destaque para as críticas orientadas à função de filtro (*gatekeeper*) desempenhada pelos médicos da ESF para a atenção especializada.

Olha, a gente tem aqui, na verdade, agora, cada bairro tem um posto, né? Um postinho de saúde. Que a gente pode usar... só que eu acho muito complicado. Porque qualquer médico que a gente tenha que marcar a gente tem que ir no postinho, tem que pegar número, tem que enfrentar fila pra pegar um encaminhamento pra ir... aí, vai pra clínica, marca, pra poder ir ao médico. Eu mesma, pra poder ir ao médico ali, ou na... na Policlínica, você tem que pegar o encaminhamento aqui. Isso se tiver o especialista [...] Porque... eu mesma, eu tô numa situação complicada, porque meu esposo vem sentindo umas dores no peito... tem hora que ele fica até sem falar. Quieto. Eu fico preocupada porque a família dele tem... já tem alguns casos de problemas cardíacos, e ele trabalha a semana inteira, eu não posso ir e pegar o encaminhamento pra ele... então, o quê que acontece, como que ele vai perder um dia de serviço só pra pegar um encaminhamento? [...] Entendeu? Com isso já tem meses e ele não foi atendido. (Entrevista 15).

Queixas também ocorriam em relação ao atendimento odontológico. O município conta com quatro Equipes de Saúde Bucal implantadas ao longo de 2011, compostas por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal vinculados ao Brasil Sorridente, programa do governo federal que tem como objetivo ampliar o acesso da população e melhorar as condições da saúde bucal. Em 2011, 64,6% da população do município estavam cobertos pelo programa. Entre as USF investigadas, apenas Caxito não possuía consultório de saúde bucal, e os usuários da área eram encaminhados para a Unidade de Saúde da Família de Imbaú. Vale lembrar que Caxito era um módulo de Saúde da Família localizado em uma instalação provisória, visto que a obra da nova unidade tinha sala para atendimento odontológico.

Problemas como limites no acesso ao tratamento odontológico, falta de profissional, não realização de procedimentos mais complexos na USF, entre outras queixas, eram alvos de críticas dos entrevistados, como exemplificado na Entrevista 15, realizada com a usuária de uma área que possuía Equipe de Saúde Bucal e consultório odontológico na unidade.

Eu agora tô precisando fazer um tratamento dentário e eu fui lá duas vezes. Porque na verdade eu não sou de ir a médico. Graças a Deus. Sinto as coisas às vezes, mas dou aquele jeitinho brasileiro, né? Tomo um analgésico em casa... e vai ficando. Mas só que eu tô com problema no dente, um canal, então a doutora mexeu e daí passou um encaminhamento pra um dentista lá da Policlínica que é o que faz o...

mas aí ela falou que ele ia tá lá na segunda feira. Eu fui na segunda feira, ele não tava trabalhando, só ia trabalhar, só vai trabalhar amanhã, vou ter que voltar.... (Entrevista 15).

Na fase de observação participante da pesquisa,¹⁴⁴ em que foi possível acompanhar a supervisora de Saúde da Família durante as visitas técnicas às unidades, observamos queixas das equipes sobre as dificuldades para garantir atenção odontológica para a população em função de problemas de infraestrutura, manutenção e equipamentos como o compressor odontológico, falta de material adequado para realização de procedimentos, etc.

Os usuários também se queixavam da organização do serviço para o acesso à consulta médica com especialista na Policlínica, e para a renovação de prescrição médica para medicamentos de uso contínuo na Unidade de Saúde da Família.

Sabe por que que eu acho ridículo? Porque igual a eu, tem muita gente aqui no Caxito que usa os mesmos remédios que eu direto, então eu acharia que não era necessário de três em três meses ir lá tomar vaga de uma outra pessoa que talvez tá passando mal só pra pegar uma receita, né? Porque se não tiver receita nova, eles não dão...[...] E é só o médico que dá a receita [...] Mas aí a gente perde o tempo, porque o médico ali é segunda e quarta-feira, né? Aí a gente perde o tempo de ficar lá... nessa solina, com sede, com fome, pra pegar número... Aí pega um número, talvez chega uma pessoa até pior do que a gente, que quer se medicar, não pode, né? [...] Você pega o número uns meio dia e o médico chega umas duas horas [...] no mesmo dia [...] Não pode marcar antes. (Entrevista 20).

Olha, minha filha, é uma dificuldade... Na minha opinião, eu nem reclamo mais, porque de tanto eu reclamar, eu já cansei. Eu acho que quem faz tratamento com um neurologista, que tem um filho especial, que faz esse tratamento, eu acho que a gente tinha que chegar lá, marcar e eles aceitarem, porque a gente tem que passar por uma dificuldade... A gente tem que marcar um médico aqui, enfrentar uma fila de madrugada aqui, pegar... Os outros falam: Mas é pertinho! É que eles não sabem a dificuldade que é... Ai a gente tem que sair daqui cedo numa quinta-feira, ficar numa fila enorme ali pra ser atendida na outra semana ou no outro mês, com o médico daqui e pegar o encaminhamento e levar para a clínica pra ver se eu conseguia. É essa a dificuldade. Eu acho que a gente poderia... quem faz já acompanhamento com ele, eu acho que tinha que chegar lá e conseguir marcar, né? Mas a gente tem que sair daqui com um encaminhamento, se não a gente não marca. (Entrevista 21).

O depoimento acima revela as fragilidades na integração da ESF com a atenção especializada, visto que o encaminhamento ao serviço pelo profissional da atenção

¹⁴⁴ Diário de campo, Silva Jardim, 21/09/2011; 30/09/2011.

básica não garantia o atendimento; ou ainda, não isentava o usuário de enfrentar novas filas para marcação de consulta, impondo ao indivíduo a necessidade de repetir toda a jornada de marcação de consulta a cada vez que necessitava do serviço – chegar cedo, ficar na fila, pegar senha, etc. Outro limite importante para a atenção integral e resolutiva referia-se à dificuldade para realizar algum tipo de exame mais especializado.

Ah, deixa eu te contar, o eletro não faz aqui, se faz, faz no Rio e tem que aguardar na fila de espera durante um ano se quiser fazer no Rio, e o médico dela me pedindo e exigindo, exigindo, exigindo o eletro... Ontem eu tive que fazer, foi R\$ 150 em Rio Bonito. Ontem, bati ontem de manhã... Se eu quisesse fazer de graça seria no Rio, eu tenho que esperar um ano... e o médico tá exigindo porque já tem um ano que ela bateu o outro e o outro eu esperei um ano porque eu não tinha mesmo condição, que o meu marido não estava trabalhando, não trabalhava no supermercado, só fazendo biscate, ele não tinha condição mesmo. Aí nesse, o que acontece, eu recebi o Bolsa Família e bati ontem o eletro dela. (Entrevista 21).

Dessa forma, torna-se necessário efetivar a assistência na APS por meio de uma ESF integral e resolutiva, em lugar de conservar a lógica de trabalho herdada da estrutura de postos de saúde, como marcação de consultas por senha, existência de agendas de consulta muito limitadas e procedimentos engessados e incapazes de atender às demandas da população, etc. Isso denota a necessidade de reorientar o cuidado, com ampliação das ações de assistência, promoção e educação em saúde da equipe disponibilizadas à população. Além disso, é importante analisar com mais detalhes os aspectos ligados à coordenação de cuidados¹⁴⁵ no âmbito local, com vistas à integração entre as diferentes linhas de cuidado e níveis assistenciais, a partir das ações desempenhadas pela ESF e pela Policlínica.

ii) Queixas sobre o atendimento da demanda espontânea na USF

Demanda espontânea é entendida como “a procura de atendimento para casos agudos por qualquer morador da área, pertencente ou não aos grupos prioritários” (Escorel et al., 2005: 127). Alguns entrevistados se queixavam do modo como esse tipo

¹⁴⁵ Segundo Escorel et al.(2005:10), “a coordenação dos cuidados pode ser compreendida e experimentada de diferentes formas, a depender do ator envolvido e da perspectiva de avaliação. Para o paciente, reflete-se na garantia de acesso aos demais níveis assistenciais e na experiência de recebimento de atenção contínua; para a APS, na integração à rede assistencial e na assunção de novas funções de coordenação; e para a atenção especializada, na garantia de ações que complementam o cuidado no nível hospitalar e o retorno do paciente aos cuidados do prestador mais apropriado.

de atendimento era conduzido nas USF. Outros usuários também reforçavam as críticas ligadas ao atendimento da demanda espontânea em função da falta de médicos ou de limites na infraestrutura na USF para prestar alguns cuidados emergenciais na atenção básica.

Ela foi para a escola e falou que a professora fez ela passar vergonha, deu um grito com ela, que ela não sabia fazer o dever... Aí as crianças começaram a zuar ela... Ela falou que começou a chorar nervosa, ela falou que ficou tão nervosa... Que realmente isso aqui dela estava tudo roxo. Ela começou a morder o braço dela de nervoso, aí ela foi no banheiro, quando ela voltou disse que estava no corredor e não enxergava mais nada. Aí nisso, minha sobrinha veio aqui falar que ela estava no pátio passando mal, a minha sobrinha que veio aqui e disse que viu ela babando, mas ela não estava enxergando [...]...Eu falei, “Ué, mas o que houve?”, mas eu não sabia o que ela tinha... e nisso eu grávida me arrumando para fazer o pré-natal... Aí eu peguei, só botei uma blusa e saí correndo, chegando lá ela estava caída no chão. Ela estava tremendo com os olhos virados e a língua querendo enrolar. Aí eu peguei, deitei ela aqui [apontando para os próprios braços e colo], peguei e fui para o postinho. Mas lá, ninguém me atendeu. Eu falei que isso era caso de emergência, mas pensei que eles iriam chamar a ambulância, iriam fazer qualquer coisa. Elas deixaram eu com ela sentada, ela tendo crise e piorando...piorando... Aí nisso minha irmã falou: Não vamos esperar nada! Pegou uma bicicleta, me colocou na garupa dela toda dura... Aí mais na frente, topou com meu esposo, ele faz entrega no supermercado... ele faz entrega de caminhão, ele pegou e levou a gente... Lá constatou que ela estava com uma crise convulsiva. (Entrevista 21).

Sobre o atendimento de urgência no nível local, foi unânime entre os entrevistados a importância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) especialmente em finais de semana e feriados.

Nesse caso, mais certo é chamar o SAMU porque particular não se conta mais hoje. Na certa é chamar SAMU porque ai sim resolve o problema. (Entrevista 7).

Durante a pesquisa de campo, foi possível observar o atendimento do SAMU em diversas situações, incluindo uma jovem com quadro agudo de transtorno mental. A equipe do SAMU atendeu à usuária na residência e posteriormente a conduziu para internação. Ao conversar com uma vizinha sobre a situação, ela relatou ser frequente este tipo de socorro para aquela família, visto que a mãe da usuária era uma senhora idosa e sozinha, com dificuldades para cuidar da filha doente. Vale destacar que o

município de Silva Jardim não possuía, à época, nenhum Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

iii) Fragilidades na atenção secundária, em especial na assistência obstétrica e pediátrica

Apesar de Silva Jardim apresentar uma cobertura populacional elevada da assistência pré-natal, nem todas as mulheres realizam sete consultas ou mais durante a gestação, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Em 2010, a cobertura do pré-natal foi de 95,6%, mas somente 51,6% realizaram sete ou mais consultas pré-natais (DATASUS, 2012).¹⁴⁶

Ao questionarmos os participantes da pesquisa sobre o que precisaria melhorar no município, eram muito frequentes as queixas relacionadas à assistência obstétrica. Os entrevistados destacavam que não tinham acesso a esta assistência no município, e viviam dificuldades ligadas ao encaminhamento de gestantes em trabalho de parto para outros serviços.

Pra ter bebê a gente não consegue. Até consegue, mas a gente chega ali na clínica, eles mesmos acham melhor nós irmos para Rio Bonito. Eles mesmos pedem nesse caso assim, quando for pra ter bebê a gente ir direto pra Rio Bonito. Eles sempre ligam pra Rio Bonito. Ai é tudo transferido ou pra Rio Bonito ou pra Casimiro [...] eles até levam na ambulância se precisar, eles sempre estão ajudando, mas as vezes a maioria, a maioria já vão daqui mesmo, já passa mal aqui mesmo e os vizinhos já levam direto. Mas quando ta lá eles mesmo pegam a ambulância e carrega a gente, faz transferência para outro local. (Entrevista 2).

Porque uma vez a menina que estudava com a gente também, se formou comigo em Silva Jardim e ela tava grávida. Eu vi a bichinha na igreja, o neném mexendo, brincando o neném na barriga mexendo. E eu ainda até falei com ela assim: Ué menina, ainda não teve neném não? Não, não é pra hoje não. Não é para essa semana não. É para semana que vem. Na semana que vem e tal, ela foi para o hospital passando mal com contrações o médico mandou voltar para casa. Ela voltou lá, mandou voltar para casa. A bichinha morreu e o neném também. Entendeu? Então desse dia para cá eu não arrisco. (Entrevista 10).

¹⁴⁶ Em 2010 ocorreram 316 nascimentos de mães residentes em Silva Jardim, dos quais três (0,9%) não receberam qualquer consulta pré-natal; 23 (7,3%) receberam de uma a três, 124 (39,3%) de quatro a seis; 163 (51,6%) sete ou mais) e sobre 0,3% nascimentos não há informações sobre o número de consultas de pré-natal (DATASUS, 2012).

Entrevistada: Pra quem vai ter bebê aqui não tem sala de cirurgia. Tem que ir para Rio Bonito, Araruama...

Pesquisadora: Onde você teve seus filhos?

Entrevistada: Em Rio Bonito.

Pesquisadora: Então você teve que sair daqui...

Entrevistada: Tive, aqui não tem sala. Por isso que aqui fica ruim para isso. Todo mundo que tem neném aqui, é mandado da clínica direto para outro hospital.

Pesquisadora: Mas como isso é feito? Eles arrumaram o transporte para você?

Entrevistada: Não, particular daqui pra lá. (Entrevista 19).

Eu acho um absurdo aqui em Silva Jardim não ter uma maternidade! (Entrevista 20).

Foram também assinaladas queixas relativas aos limites da assistência no hospital municipal, embora esse tipo de relato tenha sido mais escasso do que as queixas sobre assistência obstétrica.

E fazer tipo um hospital mesmo porque ali precisa muito, porque às vezes chega uma pessoa ali com uma coisa grave e tem que ser removido para outro lugar e até lá às vezes nem tempo dá. Então para mim é esse o caso, um hospital mesmo. (Entrevista 11).

iv) Desafios na relação profissional-paciente: críticas das famílias ao atendimento médico

Outra queixa frequente dos entrevistados estava relacionada ao atendimento médico. Muitos destacavam que o profissional era ríspido no tratamento com o usuário ou com a equipe de saúde, que faltava muito ao trabalho sem que a população fosse avisada, o que acabava por comprometer a realização de consultas previamente agendadas. Isso ocorria tanto na atenção primária quanto na assistência especializada, com mais frequência nesta última. Dessa forma, o absentéismo da equipe médica se configurava como fator complicador do acesso da população à assistência, somado às dificuldades para agendamento de consultas médicas citadas. Este aspecto emergiu em diferentes momentos da fase do trabalho de campo, evidenciando os transtornos gerados para os usuários e para a própria equipe de Saúde da Família.

Para resolver tudo tem que trocar a maioria dos médicos, porque para mim tem uns que sabem e tem educação para tratar as pessoas e outros não. (Entrevista 11).

De lá [Policlínica] é porque a gente chega também e se tem médico a gente é atendido e às vezes quando não tem médico a gente não é atendido. O problema é a falta de médico às vezes. (Entrevista 13).

Esses dias fiquei muito chateada aqui, porque só tinha um comprimido para ela, e o médico dela não iria atender no outro dia, aí eu fui ali, falei com o médico que estava atendendo ali, falei com as agentes comunitárias dali, que eu precisa de uma receita naquele dia porque o remédio dela iria acabar naquele dia e o médico dela só iria trabalhar na outra semana. A moça, minha filha, e o médico falaram que não podiam atender porque eu tinha que ter marcado [...] falei que era um caso em que eu estava precisando porque ela toma remédio controlado, só me atenderam quando eu comecei a chorar, que eu falei: Gente ela toma remédio controlado, se ela tiver uma crise eu vou ter um troço aqui! Aí uma moça que é agente comunitária aqui, minha agente [...] Gente... que mulher boa! Ela falou assim: Não vai embora, porque eu vou te colocar lá dentro e ele vai ter que te atender! Aí, tadinha, ela ficou lá tomando esporro... No final, ela falou assim: Vamos orar para que uma pessoa falte! Eu falei: Não tem necessidade disso, ele não vai me consultar, só me vai fazer uma escrita... Aí ela: Não, eu não desisto! Ficamos ali, minha filha... De meio dia até três e pouca da tarde, tadinha... Quando faltavam duas pessoas para serem atendidas, essas duas pessoas faltou... Foi aí que ela veio e falou: Faltou, graças a Deus! Vamos entrar! Eu falei: Vou entrar, mas não tinha necessidade disso... Uma receita não vai justificar nada, eu não estou tomando frente de ninguém e ele também não está me consultando, eu não estou passando mal. Só queria uma receita! Desde esse dia também eu não precisei ir mais ali, não voltei, porque é muito sacrifício. Vou direto na Policlínica. (Entrevista 21).

A Policlínica não tem médico. Os médicos bons dali saíram tudo. Teve um que morreu esses dias[...] Bom, médico bom... é difícil. Teve um lá perto de Rio Bonito. Ih... ele era bom a beça! [...] Não, não, dá não. Aqui no Posto o Dr. Fábio¹⁴⁷ vem o dia que quer, menina! O Dr. Fábio não tem mais jeito pra ele não. Ele deixa sempre na mão de Célia¹⁴⁸ [a enfermeira]. Mas a Célia não pode assinar receita de médico igual a ele. Ela quebra o galho em negócio de pressão, né? (Entrevista 31).

Como evidenciado nas Entrevistas 13 e 31, as famílias também criticavam a elevada rotatividade de médicos nas USF. A partir do trabalho de campo, da observação participante na Coordenação de Saúde da Família e da entrevista realizada com gestor da Secretaria de Saúde de Silva Jardim, foi possível verificar que a contratação e fixação de médicos nas USF era uma dificuldade permanente no processo de trabalho da

¹⁴⁷ Nome fictício.

¹⁴⁸ Nome fictício.

ESF. Esses profissionais geralmente residiam fora do município e eram necessários acordos, como estabelecimento de carga horária ou dias de trabalho flexíveis, ou ainda conjugar o trabalho na USF com um plantão na Policlínica, para assegurar aos profissionais ganhos adicionais ou atividades de maior interesse. Em muitas situações, a flexibilização da carga horária de trabalho dos médicos causava indisposições entre os profissionais da ESF e entre estes e a população local.¹⁴⁹

v) Dificuldades para a aquisição alguns medicamentos que inviabilizavam um tratamento de saúde

Segundo informações da Sala de Apoio à Gestão – Sala de Situação do Ministério da Saúde,¹⁵⁰ até o final de 2012 o município de Silva Jardim não tinha uma Farmácia Popular. Toda a distribuição de medicamentos via SUS ocorria a partir da Estratégia de Saúde da Família, e alguns medicamentos de alto custo eram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Os entrevistados relatavam dificuldade para adquirir alguns medicamentos que não estavam disponíveis na rede básica de saúde.

O meu filho tem um problema sério de vista, ele tem miopia e astigmatismo. Já tá com cinco [anos]. Então, assim, sem óculos ele praticamente não enxerga. Esse mês mesmo eu tô numa preocupação danada, porque eu sempre faço de tudo pra poder trocar de seis em seis meses, que foi o que o médico pediu. Ele trocava de ano em ano. Mas como o grau dele aumenta sempre... toda vez que vai aumenta. Toda vez que vai aumenta. Então eu tenho que trocar... então o médico falou: vamos trocar de seis em seis meses pra ver como é que vai ficar. E esse mês agora já vai fazer um ano o óculos dele. Já soltou a perna, já tá torto no rosto, a lente ta arranhada e eu... até na escola fui, antes de ontem, primeiro dia de aula, falei com o professor, falei: olha, bota ele na frente por favor, não por ter prioridade ou porque não quer que fique lá atrás com a turminha da bagunça, nada disso. É por necessidade. [...]É porque se ele não tiver na frente, mesmo com óculos agora, ele não enxerga. Às vezes ele sente dor de cabeça, porque o óculos tá fraco... entendeu? E meu marido trabalhando coitado, fica desesperado [...] Óculos é muito caro. O óculos dele ficou em... o último ficou em R\$ 680 [...] Estou até devendo o óculos dele. Já passou um ano. Eu faço sempre assim, parcelado em seis vezes. Porque quando termina de pagar um, já tenho que fazer a prestação de outro. E agora eu fiquei sem o serviço e eu não tive condição de pagar. Então agora eu fico até com

¹⁴⁹ Diário de campo, Silva Jardim, 06/12/2011.

¹⁵⁰ Informação disponível em <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 04 de janeiro de 2013.

vergonha. Como é que eu vou na ótica pra fazer se eu ainda to devendo? Então minha filha, eu ainda to nessa luta. (Entrevista 15).

Observa-se também que, na entrevista, são citadas dificuldades para aquisição de óculos para uma criança com problemas de acuidade visual, que comprometem a aprendizagem e a qualidade de vida. A atenção a esse tipo de problema está prevista na atenção à saúde do escolar, com assistência oftalmológica e aquisição de óculos. O Projeto Olhar Brasil, lançado pelo governo federal em 2008, prevê a assistência oftalmológica com fornecimento de óculos nos casos de erro de refração. Dessa forma, visa colaborar para a melhoria do processo ensino/aprendizagem, a partir da prevenção, identificação e correção de problemas visuais em educandos matriculados na rede pública de ensino da Educação Básica (Brasil, 2008).

vi) Danos à saúde gerados pelo trabalho e fragilidades na atuação intersetorial

Uma das necessidades apontadas pelas famílias entrevistadas estava relacionada ao manejo de agravos ligados ou gerados pelo trabalho. Entre muitas famílias, o trabalho compreendia atividades que envolviam diferentes riscos ocupacionais, como as práticas laborativas desempenhadas por pedreiros, vigias, etc. Em função disto, eram frequentes relatos sobre problemas de saúde secundários ao exercício ocupacional. Além disso, verificavam-se queixas sobre as fragilidades da atenção à saúde para este tipo de dano, bem como a necessidade de uma atuação intersetorial¹⁵¹ voltada para esses problemas.

Porque ele é deficiente, ele sofreu um acidente e ficou deficiente do braço. Teve que botar parafuso na mão dele, que não levanta. Mais tem que trabalhar assim mesmo, e é pesado o serviço dele [...] Tentamos fazer com que ele, correr atrás pra ele se aposentar, mais é difícil... diz que ele era muito novo na época. E ainda é também. E aí dificultou. (Entrevista 1).

Às vezes ele fala que sente uma dorzinha no peito, no pulmão, atrás das costas assim na espinha. Mas deve ser devido ao peso, né? Eu acho que um pouquinho que ele sente um cadinho devido ao serviço. Mas a gente fazer o quê, né? Que depois que tem criança a gente tem que enfrentar qualquer coisa, mas eu acho que prejudica um cadinho

¹⁵¹ Segundo Escorel et al.(2005: 4), “a atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base e referência para toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e, principalmente sociais, e incida sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde”.

sim a saúde. Mas como é difícil ele tem que encarar o que ele consegue. Ele faz o que ele consegue. (Entrevista 2).

Meu pai teve um problema nos serviço e agora ele toma remédio controlado. É difícil. Ele era policial levou um tiro na cabeça. A cabeça dele é toda platinada [...] A única assistência agora é que ele vai se aposentar. (Entrevista 14).

Eu tô com um problema no ombro, eu trabalhei um tempo na... de serviços gerais... na prefeitura, em Araruama. E tive um problema de... no ombro. Que o ortopedista falou que é tendinite. Mas é uma dor insuportável. Coisa que eu não... eu agora não lavo uma roupa em casa. Porque eu não posso. Dependo do meu marido chegar, final de semana pra poder lavar. Com isso eu tô com um pedido do médico de uma ressonância, desde novembro e ainda não foi nem marcado. Os papéis estão todos na Policlínica, né? Porque é lá que eles marcam. E nem marcou ainda. Com isso o ortopedista não pode me passar um tratamento, específico, por quê? Porque pelo que eu passei pra ele, ele acha que é uma tendinite. Mas ele precisa do resultado do exame pra poder confirmar o que é. [...] Com isso eu fico tomando analgésico, já tomei vários tipos de analgésico. Meu esposo, esse mês passado, gastou R\$ 150 na farmácia pra mim e não fez efeito nenhum. (Entrevista 15).

Frente à importância da ESF para ampliar a assistência à saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis, é possível identificar por meio das entrevistas os principais mecanismos a partir dos quais a Saúde da Família se mostrou capaz de ampliar a inclusão social dos beneficiários e ex-beneficiários do PBF, com destaque para:

a) Ampliação do acesso na atenção à saúde

- Disponibilização de um serviço de APS em territórios anteriormente desprovidos de equipamentos públicos, afastados do centro da cidade e/ou com dificuldades de acesso geográfico;
- Ampliação da porta de entrada dos usuários, com destaque para o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde;
- Constituição de um serviço de referência, cujos profissionais são corresponsáveis pelo atendimento às demandas de saúde da população adscrita, tanto no que se refere à APS quanto no encaminhamento para outros níveis de atenção;

b) Ampliação da utilização de serviços de saúde

- Provisão de cuidados a partir de uma equipe multiprofissional (equipe da Saúde da Família, equipe de Saúde Bucal e NASF);
- Ampliação de acesso a tratamentos preventivos e para o manejo de condições crônicas, com destaque para o cuidado orientado a diabetes e hipertensão arterial sistêmica, além do rastreamento precoce de câncer de colo de útero.

Apesar dos avanços elencados, persistem algumas dificuldades que comprometem o acesso e a utilização e serviços de saúde por parte desses usuários. Seu conhecimento pode incitar um debate propositivo para que os serviços de saúde disponíveis no município possam responder adequadamente às necessidades sociais da população, como:

- Dificuldades de comunicação da APS com os serviços da rede de atenção secundária e destas com os de atenção terciária, acabam comprometendo a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência. O reduzido poder aquisitivo e a falta de instrução escolar dos entrevistados aprofundava ainda mais as dificuldades para recorrer a outros níveis em busca de assistência à saúde. A coordenação de cuidados em cenários de maiores vulnerabilidades torna-se um mecanismo de destacada importância para ampliar a comunicação entre os níveis de atenção e atender adequadamente a situações de saúde aprofundadas por tais determinantes sociais.
- Assistência ao parto comprometida pela falta e insuficiência de leitos hospitalares disponíveis às gestantes do território. Isso demanda rever o equilíbrio entre a oferta e a demanda de leitos hospitalares para assistência obstétrica, promover debate sobre o tema no Conselho Municipal de Saúde, com a câmara técnica da CIB (Comissão Intergestora Bipartite) e com a CIR (Comissão Intergestora Regional), com vistas à negociação e repactuação.
- Dificuldades na assistência pediátrica. Redefinir o papel dos especialistas da USF e propor fluxos de atendimento. Qualificar o atendimento pediátrico nas equipes a partir de oficinas de educação permanente que

contemplem a incorporação de tecnologias assistenciais¹⁵² (especialmente leve e leve-dura) especializadas, efetivas, aceitas e legitimadas socialmente.

- Necessidade de romper com a lógica de “posto de saúde” para a marcação de consultas e rever os procedimentos institucionais para acesso dos usuários da ESF à atenção especializada, com vistas a ampliar as oportunidades de acesso e utilização de serviços, além de promover a integração da rede assistencial disponível no âmbito locorregional.
- Problemas para o estabelecimento de apoio matricial para as equipes de saúde da família no que tange à atenção em saúde mental. Investigar esta demanda e ampliar o debate sobre o tema junto às equipes e usuários da ESF.
- Fragilidades da ESF para o atendimento da demanda espontânea, casos de urgência e emergência. Torna-se importante repensar os limites dessa assistência junto às equipes e rever mecanismos de referencia e contrarreferência deste tipo de demanda para a Policlínica. Além disso, estabelecer fluxos de atendimento que funcionem a partir da estratificação de riscos, de modo a estabelecer (sem engessar) a definição de papéis e responsabilidades de cada serviço. Torna-se importante considerar a participação da população e equipes de cuidado, além dos gestores na construção desse desenho operacional. Ressalta-se também a necessidade de publicizar os fluxos, diminuindo os riscos de desinformação e desencontros em momentos, muitas vezes críticos, que envolvem o risco de sequelas permanentes e/ou morte.
- Falta de médicos nas equipes de Saúde da Família e rispidez no atendimento aos usuários. Considerar a possibilidade de incentivos que apoiem a fixação e a redução da rotatividade de médicos sem desvalorizar outras categorias profissionais. Desenvolver estratégias para valorizar as relações intersubjetivas, o diálogo e a afetividade entre os

¹⁵² Segundo Emerson Merhy (2002), o desenvolvimento da atenção à saúde integral e resolutive implica a combinação de diferentes tecnologias assistenciais, com o intuito de melhorar e prolongar a vida das pessoas. O autor delinea três tipos de tecnologias: as tecnologias duras, que são aquelas ligadas aos equipamentos e procedimentos; as leve-duras, que correspondem ao uso de saberes bem estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; e, por fim, as tecnologias leves, que são aquelas relacionais, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e o paciente, como a produção de acolhimento, etc.

médicos e os usuários da ESF, no intuito de fomentar estratégias de acolhimento, corresponsabilização pelo cuidado e participação social.

- Dada a correspondência entre as características dos domicílios, aspectos do território, o perfil da população e os determinantes sociais que afetam negativamente a saúde e denotam dinâmicas de exclusão social, torna-se importante fortalecer a capacidade de elaboração e utilização do diagnóstico de saúde, com a participação de distintos atores (população, trabalhadores das equipes de saúde e gestores) para o enfrentamento de iniquidades de saúde.
- Conjuguar o trabalho da Saúde da Família às intervenções oriundas de outros setores como educação, assistência social, habitação, saneamento, etc., como vistas a ampliar a inclusão, promover coesão social e enfrentar iniquidades em saúde. Neste sentido, o setor saúde pode ser um protagonista ao impulsionar um trabalho intersetorial orientado aos indivíduos, famílias e comunidades que englobe intervenções mais amplas voltadas a

[...] incorporar certos estados fisiológicos, como a gravidez, e os acompanhamentos dos ciclos de vida, como o acompanhamento das crianças (puericultura), o acompanhamento dos adolescentes (hebicultura) e o acompanhamento das pessoas idosas (senicultura) que não são doenças, mas são condições de saúde de responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde” (Mendes; 2011b: 32).

Para ampliar o escopo das intervenções em saúde e reorientar a oferta de cuidados, destacamos que a análise das dinâmicas de exclusão social poderia constituir-se como estratégia indutora de um diálogo e de intervenções intersetoriais. Como tal, poderia impulsionar a produção de equidade em saúde. Nesta pesquisa, o estudo desses processos se mostrou promissor ao evidenciar elementos importantes às intervenções em saúde, como:

- Analisar a situação de trabalho/emprego, especialmente dos grupos mais vulneráveis. A situação de saúde e a vivência de uma mesma enfermidade são alteradas não apenas por condições orgânicas, mas também pelas condições objetivas dos indivíduos em atender às necessidades básicas próprias e de sua família, garantindo, dessa forma, a reprodução social do grupo. A vivência de situações que demandem

cuidados agudos ou crônicos dificulta (objetiva e simbolicamente) ainda mais o atendimento a tais necessidades, especialmente se não existem alternativas ancoradas em uma remuneração segura e protegida.

- Incorporar o estudo do território e das condições de moradia. A situação de moradia determina uma série de vulnerabilidades sociais, as quais devem ser mediadas pela oferta de serviços e equipamentos públicos para atender às necessidades e demandas sociais. Isso implica não apenas a existência de determinados serviços, mas assegurar aos usuários o acesso, a qualidade da oferta, a resolutividade e a integração entre os níveis de atenção para garantir sua utilização oportuna.
- Assegurar o usufruto de direitos. Para tanto, torna-se necessário apoiar iniciativas de movimentos sociais para garantir os direitos sociais, enfrentar desigualdades de poder e coibir formas de dominação social orientadas por gênero, cor da pele, opção sexual, etc. Além disso, impulsionar a sociedade para participar de maneira propositiva em distintos cenários que envolvem a igualdade e garantia de direitos humanos, sem desconsiderar a heterogeneidade dos indivíduos, dos desejos e dos modos de vida.
- Valorizar o papel de distintos atores sociais. Este mecanismo permite impulsionar a participação social em instâncias de controle social, com vistas a colaborar na construção do SUS como política universal, democrática e igualitária.

CAPÍTULO IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Bolsa Família (PBF) é parte de uma agenda política internacional de enfrentamento da pobreza, criada e reforçada pelas políticas de ajuste disseminadas nas décadas de 1980 e 1990 na América Latina. Como principal exemplar de uma nova engenharia institucional pautada na transferência de renda condicionada aos pobres, a criação e o desenvolvimento do PBF trouxeram expectativas e desconfianças sobre o enfrentamento da pobreza a partir deste tipo de intervenção. Este aspecto do programa, aliado à sua magnitude reforça a importância de sua análise.

Os quase 10 anos de existência do PBF têm influenciado de diferentes formas, o cotidiano de milhões de famílias brasileiras pobres e extremamente pobres inseridas no programa. Tais repercussões incluem aspectos da sociabilidade, entre os quais destacam-se as questões de gênero e as relações de poder, o usufruto de direitos sociais, as dinâmicas de exclusão e inclusão social, entre outros. Estes deflagram transformações em diferentes dimensões da vida, especialmente entre os grupos mais vulneráveis.

No entanto, a complexidade de efeitos possíveis e desejáveis vinculados ao programa não têm se refletido nas análises dedicadas a elucidar as transformações operadas pelo PBF na realidade social das famílias beneficiárias. Contudo, estudos publicados até o momento revelam mais acertos que erros do programa e incitam um debate sobre sua influência em aspectos que vão além da sobrevivência material de famílias destituídas.

Diversos autores têm identificado a importância do PBF na dimensão econômica, em especial no que tange a diminuição da desigualdade de renda e o enfrentamento da pobreza extrema. Isso significou a inclusão de segmentos mais pobres na esfera do consumo, embora restem milhares de famílias em condição de pobreza, atingidas severamente pela precariedade material e que ainda estão fora do programa, ou cuja renda, mesmo com o benefício, ainda não é suficiente para superar a pobreza extrema. Vale ressaltar que pouco se estudou sobre os aspectos simbólicos e as expectativas dos indivíduos sobre o programa no que tange a esta dimensão. Por outro lado, especula-se, mas sem evidências, que o PBF desestimula do trabalho.

Na dimensão social, os autores apontam resultados não consensuais. Alguns indicam resultados positivos no que se refere à escolarização de crianças e outros questionam a existência destes efeitos e de sua potencialidade por meio de contrapartidas. Sob tal prisma, alguns apoiam as condicionalidades da educação vinculadas à transferência de renda e outros afirmam que esta exigência compromete a garantia dos direitos à proteção social e ao bem estar. Por outro lado, encontram-se análises que acrescentam que as condicionalidades funcionam mais como um elemento do programa indutor de sua aprovação pública, especialmente por parte da classe média, de transferência de renda para famílias pobres.

No senso comum paira um entendimento de humilhação e sujeição ligado à condição de beneficiário. No entanto, poucos trabalhos dão voz às famílias participantes do programa para esclarecer se consideram que este benefício representa um direito ou uma esmola por parte do Estado. Além disso, os limitados avanços na participação política dos segmentos mais pobres incluídos no programa comprometem ainda mais esta avaliação.

No espaço institucional, a unificação no PBF de distintos programas de auxílios financeiros ('bolsas'), assim como, a criação do Cadúnico consubstanciam uma importante evolução na gestão das ações sócio-assistenciais, evitando o paralelismo de programas além de inibir práticas clientelistas. Apesar disso, o aspecto focalizador do programa e sua natureza seletiva têm sido criticados pela literatura.

Na dimensão cultural, muito tem sido analisado sobre o protagonismo feminino e seus desdobramentos no empoderamento das mulheres via a sua participação privilegiada no programa. Achados positivos têm sido comemorados sobre tal aspecto pela maioria dos analistas.

Um aspecto do PBF que ainda não conduziu a uma tendência mais homogênea de avaliação refere-se aos seus resultados no âmbito da saúde (segurança alimentar, cobertura vacinal, acompanhamento de gestantes, etc.), apesar de recentemente a maioria dos autores apontar efeitos positivos. As divergências de avaliação ocorrem em função das dificuldades de se isolar os efeitos do programa de outras intervenções positivas já em desenvolvimento no âmbito da saúde, como o Programa Nacional de Imunização, as ações de atenção à saúde da mulher e criança, os programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e de Saúde da Família (PSF), etc. Além disso, ainda restam lacunas de resultados em função de falta e/ou dificuldades na obtenção de

informações, como, também, pelo fato de os dados apresentados pelos autores partirem de perspectivas muito distintas. Vale ressaltar que não foram encontrados estudos que analisem as condicionalidades da saúde como fator interveniente na dinâmica de trabalho das equipes das unidades básicas de saúde responsáveis por sua operacionalização. Muito se questiona sobre este tipo de contrapartida e sua capacidade em colaborar no enfrentamento da pobreza geracional e impulsionar o capital humano, aspectos utilizados como justificativas para sua existência.

A estreita relação entre o PBF e a atenção primária à saúde (APS) indica a necessidade de investigar as relações do programa com as ações desempenhadas pela Saúde da Família, estratégia que corporifica a atenção básica no país e constitui eixo ordenador da oferta, acesso e utilização dos serviços no SUS.

Partindo desse quadro, o presente trabalho buscou compreender as transformações operadas pelo PBF na realidade social de famílias utilizando a abordagem dos processos de inclusão e exclusão social em suas múltiplas dimensões (social, econômica, cultural e política). Pretendeu-se dessa forma, analisar a potencialidade do PBF em promover a inclusão social, fortalecer a coesão social e enfrentar as iniquidades em saúde. Tais objetivos foram perseguidos nesta pesquisa por meio de um estudo de caso. Para sua operacionalização foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos: levantamento documental, análise de dados secundários, observação participante e entrevistas com gestores municipais e com beneficiários e ex-beneficiários do PBF no município de Silva Jardim (RJ), um cenário com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, elevado Índice de Exclusão Social e cobertura de 100% da ESF.

Para aprofundar a compreensão acerca do cenário de estudo tornou-se importante analisar informações sobre o Silva Jardim a partir de dados históricos, ambientais, indicadores de saúde, entre outros. Isso permitiu traçar um panorama do município e da situação socioeconômica vivida pela população beneficiária e não-beneficiária do PBF. Foi possível identificar a precariedade da situação sócio-ocupacional dos segmentos mais pobres residentes no município, as fragilidades no campo da educação, além dos desafios existentes para o desenvolvimento do sistema local de saúde numa perspectiva regionalizada e de coordenação de cuidados a cargo da ESF. Apesar disso, há que se considerar algumas potencialidades do município, como a elevada cobertura da Saúde da Família desde 2002 e a riqueza dos recursos naturais da

região. Os dados do PBF no âmbito do município revelaram a abrangência do programa ao envolver quase um terço da população local e sua importância no que tange ao enfrentamento da pobreza extrema e da precariedade material, vividas de maneira mais intensa pela população rural e pelas mulheres.

Assim como a precariedade material e a destituição de direitos – realidades das famílias pobres e extremamente pobres –, a inserção no PBF e a vivência de outros programas sócio-assistenciais no âmbito local deixaram marcas importantes nos entrevistados, as quais agregaram uma percepção positiva sobre o programa. No que se refere ao acesso aos benefícios sócio-assistenciais, vale ressaltar a relevância das estratégias bem sucedidas desenvolvidas no cenário de estudo, como o cadastramento itinerante para o PBF realizado pela Secretaria Municipal de Trabalho, Habitação e Promoção Social de Silva Jardim (SEMTHPS). Por outro lado, ainda coexistem problemas e incertezas sobre a inscrição e o recebimento do benefício, expressos nos depoimentos que denunciam mecanismos de desligamento considerados injustos, problemas de comunicação em âmbito municipal e deste com o nível federal, que acabam por comprometer o acesso aos benefícios do programa.

Estes elementos geram tensões em um cenário marcado por precariedades sócio-ocupacionais. Em um contexto de vulnerabilidades econômicas como o verificado no município de Silva Jardim, o recurso do PBF figura como uma “renda segura” para as famílias, especialmente nas situações de falta e insegurança de rendimentos oriundas de inserção ocupacional precária das famílias, com baixa qualificação educacional e profissional. Assim, o recurso do programa produz efeitos positivos nas condições de vida ao possibilitar suprir carências materiais básicas e outras de ordem simbólica das famílias.

Ao ampliar o consumo das famílias pobres, o programa promove mudanças positivas no *status* social aumentando sua participação na vida econômica e social da comunidade. Sobre tal aspecto, é importante ressaltar que o PBF amplia a participação das famílias nas redes de comércio local, em particular das mulheres que são as titulares do cartão. Em virtude de o programa possibilitar a compra de itens para apoiar a escolarização das crianças, representa um mecanismo favorável à mobilidade social ascendente. Essa percepção apoia-se também no cumprimento das condicionalidades da educação por parte de famílias que consideram a escolarização como degrau importante para obtenção de emprego que possibilite melhores condições de vida.

As famílias participantes do PBF entendem que as contrapartidas da educação são importantes para estimular a manutenção das crianças na escola. Consideram ainda, que no futuro, a escolarização de seus filhos contribuirá para a superação de dificuldades socioeconômicas vigentes e na equalização das oportunidades de acesso ao bem estar. Dessa forma, a educação simboliza um anteparo à herança de pobreza à medida que possibilita ao pobre “ser alguém na vida”. Esta esperança suplanta os possíveis questionamentos por parte deste segmento, sobre as condições objetivas da educação pública e universal em se constituir como motriz da transformação social almejada pelos setores populares, bem como às críticas relativas a necessidade dos filhos de beneficiários cumprirem maior frequência escolar sob o risco de serem desligados do PBF, ainda que o Estado não cumpra a contrapartida de garantir a qualidade do estudo.

Na análise das repercussões econômicas e sociais do PBF está implícita uma valorização do mundo do trabalho por parte dos entrevistados. Contudo, não se verificou nem a participação nem relatos destes atores sobre a geração de oportunidades de trabalho a partir de programas complementares de inclusão produtiva. Este dado, aliado à inclusão precária das famílias na esfera do trabalho, evidencia que o PBF não reproduz nem é um substituto dos suportes e vínculos gerados nesta esfera. As famílias beneficiárias permanecem em busca da inserção ocupacional, das garantias de proteção social e dos valores simbólicos positivos ligados à sua definição como trabalhadores. As fragilidades existentes neste campo conduzem à análise de que os trabalhadores que são objetos dos programas de transferência de renda perdem tal *status* e adquirem o de “pobres de assistência”, o que fragiliza sua capacidade associativa no entorno de um reconhecido elemento da sociabilidade: o trabalho. A não-vinculação dos pobres à figura do trabalhador torna-se um obstáculo à aprovação pública de programas sócio-assistenciais de transferência de renda por parte da população, além de não privilegiar o reconhecimento das causas estruturais da pobreza vinculadas às transformações do mundo do trabalho, bem como aos seus efeitos sobre os trabalhadores pobres.

A inserção ocupacional precária, o trabalho desprotegido e a insegurança de renda das famílias pobres revelam diferentes formas de vulnerabilidade e exclusão do mundo do trabalho que impõem obstáculos ao exercício dos direitos humanos, além de limitar o usufruto das liberdades substantivas (Sen, 2001; 2010), exercidas a partir de escolhas cotidianas sobre os modos de viver e as possibilidades de planejar o futuro. Ou

seja, a precariedade material ligada aos problemas do mundo do trabalho vividos por estas famílias remodelam, de modo especial, as iniquidades a serem enfrentadas e a igualdade a ser produzida pelas políticas de Estado. Dessa forma, torna-se imperativo ampliar a interseção do programa com políticas econômicas de geração de empregos decentes¹⁵³ (OIT, 2007) que possibilitem a participação permanente das famílias beneficiárias na vida social e econômica.

Se os processos de exclusão social remetem à fragilização de vínculos e à uma gama de situações de não-pertencimento social (Scorel, 1999), o ingresso no PBF faz referência a um processo contrário, visto que representa uma possibilidade de inclusão social. Neste sentido, o programa favorecer alcançar o encontro do lugar social que as famílias desejam ocupar, o qual difere do estabelecido pelo processo de desqualificação social vinculado à condição de dependência dos serviços de assistência social (Paugam, 1991).

Os resultados da pesquisa corroboraram também análises sobre os efeitos do PBF no espaço doméstico, interferindo nos papéis sociais dos membros da família – especialmente das mulheres, bem como nas alterações constatadas por diferentes estudos sobre a influência do PBF nas relações de consumo. Por estes mecanismos, o programa colabora para as dinâmicas de inclusão social das mulheres e fortalece a coesão social em âmbito comunitário uma vez que amplia a participação dos beneficiários nas redes locais de comércio.

A despeito da expectativa de que o PBF possa impulsionar a participação dos pobres em assuntos públicos ligados às políticas que lhes concernem, não foram encontrados estudos que apontem efeitos positivos do PBF sobre tais aspectos. A busca por resultados do programa na dimensão política talvez esteja entre seus maiores desafios. Os estudos não têm revelado resultados do PBF vinculados à instâncias de controle social, ou ainda, ao exercício de uma cidadania ativa, que envolva a participação dos pobres em uma (ou diversas) comunidade(s) política(s).

No cenário de estudo não foi verificada a influência do programa na participação social dos beneficiários, em especial no desenvolvimento de instâncias de controle social que colaborem para a canalização das demandas e reivindicações dos interessados. Vale ressaltar que ainda há um longo caminho a se trilhar com vista a

¹⁵³ Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2007), o trabalho decente é qualquer ocupação produtiva adequadamente remunerada e exercida em condições de liberdade, equidade e segurança e que seja capaz de garantir uma vida digna para as pessoas.

desenvolver uma cultura cívica e de participação social especialmente entre os segmentos mais desfavorecidos. Da mesma forma, é importante se avançar na construção de uma cultura institucional que valorize tal dimensão na criação e desenvolvimento de programas, estratégias e intervenções orientadas para o enfrentamento de iniquidades e ampliação da proteção social.

No âmbito da saúde, as entrevistas indicaram percepções positivas sobre a estratégia Saúde da Família (ESF) em função de possibilitar o acesso universal aos serviços de APS, equalizar sua oferta no território e colaborar no enfrentamento de diferentes determinantes sociais que incidem negativamente na saúde. Ao ampliar o escopo e os resultados das intervenções em saúde, a ESF efetiva sua capacidade de promover a inclusão social por interferir em aspectos que limitavam os mais pobres de se beneficiarem da política de saúde, como: o uso oportuno de serviços de APS; a necessidade de acesso à uma assistência territorializada, diferenciada e sensível às demandas das famílias; o contato com diferentes profissionais de saúde (via o trabalho da equipe multidisciplinar da ESF e do NASF), etc. Além disso, ao estabelecer uma mediação intersetorial com a assistência social, a ESF favorece a permanência dos beneficiários no PBF. Contudo, os ganhos relacionados a intersetorialidade de ações no âmbito do programa serão maximizados quando a política de transferência de renda estiver aliada ao reforço de políticas estruturais e universais de qualidade.

Entre as dificuldades que envolveram a realização do estudo foi observado um temor entre as famílias participantes da pesquisa de que se tratava de uma entrevista para validar sua condição de beneficiário ou para “cortar” o benefício. Tal percepção impunha a necessidade de esclarecer a impossibilidade pessoal ou mesmo da proposta do estudo em reaver benefícios cancelados dos ex-beneficiários. Ademais, as dificuldades para acessar os dados do SIBEC no nível local comprometeram parte do período disponível para a pesquisa, o que impôs a necessidade de redesenhar as estratégias de coleta de informações. Por outro lado, isso possibilitou uma vinculação mais forte do estudo às Unidades de Saúde da Família, com a participação dos ACS como importantes mediadores da entrevistadora com os entrevistados.

As próprias categorias de análise também envolveram embaraços por se trataram de categorias amplas relacionadas à investigação de elementos políticos, econômicos, históricos, culturais, etc., enfim, aspectos que incidem juntos, se sobrepõem e têm reflexos mutuamente. Ao mesmo tempo em que torna a análise mais complexa, esta

característica acrescenta complicações para entender isoladamente seus efeitos. Por outro lado, também dão foco aos distintos aspectos que interferem na vida social.

Dificuldades também foram encontradas para analisar os determinantes da saúde para manutenção da vida em seus aspectos orgânicos e subjetivos exclusivamente a partir das dimensões econômica, social, cultural e política dos processos de exclusão social como proposto por Popay et al. (2008). Nesse sentido, recuperar a dimensão humana, ou mundo da vida, (Escorel, 1999) possibilitaria viabilizar a análise destes elementos nos processos de inclusão e exclusão social.

Estudos de caso e pesquisas qualitativas sobre o PBF preenchem uma importante lacuna investigativa. No entanto, assim como qualquer outra opção metodológica, estas abordagens também apresentam limites inerentes ao próprio método e aos instrumentos de pesquisa. Embora os resultados alcançados a partir dos estudos de caso não permitam generalizar seus achados nem transportar, sem mediações, os resultados da pesquisa para outros cenários. Contudo, este tipo de abordagem oferece contribuições importantes para a compreensão de objetos de investigação complexos em que interferem distintos fatores em diferentes dimensões, como a realidade analisada neste estudo. Além disso, este tipo de estudo subsidia o desenvolvimento de pesquisas em outras localidades, fomenta elaborações teóricas sobre os temas analisados, como também, possibilita propor recomendações com vista a qualificar o sistema local de saúde em âmbito municipal e as ações sócio-assistenciais vinculadas ao PBF (Apêndice VI).

Por fim, o estudo permitiu ainda desenhar uma futura agenda de pesquisa que contenha os seguintes tópicos:

- Analisar os efeitos do PBF em outros cenários de modo a entender a relação das repercussões do programa com as dinâmicas sociais locais, a edificação de políticas públicas de combate à pobreza e a articulação intersetorial do programa com as políticas públicas universalizantes, em especial, com o setor saúde;

- Ampliar os estudos sobre os processos de inclusão e exclusão social no âmbito da saúde, com vista a aprofundar a compreensão sobre a produção de equidade no setor por meio da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde com foco na Saúde da Família.

-Aprofundar o estudo sobre os mecanismos a partir dos quais os processos de exclusão social interferem na sociabilidade dos indivíduos, nas dinâmicas participativas e na produção de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGENDE. Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher. Universidade de Brasília, 2006. O Programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero. [acesso em 02 novembro de 2012]. Disponível em URL: <http://www.ipc-undp.org/doc_africa_brazil/Webpage/missao/Pesquisas/PESQUISA_MULHER.pdf>.
- Alves H, Escorel S. Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. *Physis*. 2012; 22(1):99-117.
- Amaral AC. A contabilidade social e os programas de transferência de renda um estudo do programa bolsa família em Tangará da Serra. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):925-934.
- Andrade MV, Chein F, Ribas, RP. Políticas de transferência de renda e condição nutricional de crianças: uma avaliação do bolsa família. Texto para Discussão N° 312. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007a.
- Andrade MV, Souza LR, Chein F. Política de transferência de renda e impactos na imunização das crianças: O Programa Bolsa Família. Texto para Discussão N° 313. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007b.
- Azeredo VG. Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. *Serv. Soc. Soc.* 2010; 103:576-590.
- Balassiano M, Seabra AA, Lemos AH. Escolaridade, salários e empregabilidade: tem razão a Teoria do Capital Humano? *RAC*. 2005; 9(4):31-52.
- Barad K. *Meeting the universe halfway: quantum physics and the entanglement of matter and meaning*. Durham: Duke University Press; 2007.
- Barros RP, Franco S, Mendonça R. A recente queda na desigualdade de renda e o acelerado progresso educacional brasileiro da última década. Brasília: Ipea; 2007.
- Barros RP; Carvalho M.; Franco S.; Mendonça R. A queda recente da desigualdade de renda no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2007 (Texto para Discussão, n. 1.258).
- Bassi CM. A contribuição das RPPN ao repasse do ICMS Ecológico: dados sobre o estado do Rio de Janeiro. [acesso em 28 maio 2012]. Disponível em: <http://www.icmsecologico.org.br/images/artigos/a055.pdf>.
- Beauvais C, Jenson J. *Social Cohesion: updating the state of the research, canadian policy research networks (CPRN)*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks; 2002. Discussion paper no.22.
- Becker H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 3ª ed. Editora Hucitec, São Paulo, 1997.
- Becker HS. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Sahar; 2008.
- Berger-Schmitt R. Considering social cohesion in quality of life assessments: concept and measurement. *Social Indicators Research*. 2002;58: 403-428.
- Berlink MT. *Marginalidade social e relações de classes em São Paulo*. São Paulo: Vozes, 1975.

- Bógus L, Yazbek MC; Belfiore-Wanderley M (orgs.) Apresentação. In: Belfiore-Wanderley M, Bógus L, Yazbek MC. Desigualdade e questão social. 2ª ed. São Paulo: EDUC, 2004. p. 7-14.
- Boog MCF. Doação de alimentos como ação emergencial de combate à fome: subsídios aos CONSEAS. Rev. Segurança Alimentar e Nutricional. 2006; 13(1):78-84.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988.
- Brasil. Decreto no 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. DOU de 20/09/2004b.
- Brasil. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28. DOU de 31/07/2009a.
- Brasil. Decreto nº [7.492, de 2 de junho de 2011](#). Cria o Plano Brasil Sem Miséria. Diário Oficial da União. 03 jun. 2011.
- Brasil. Decreto nº. 3.877 de 24 de Julho de 2001. Institui o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. DOU de 25/07/2001a.
- Brasil. Decreto nº. 6.135 de 26 de Junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. DOU de 27/05/2007.
- Brasil. Lei nº 10.836 de 9 de Janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. DOU de 12/01/2004a.
- Brasil. Medida Provisória nº 462 de 14 de maio de 2009. Dispõe sobre a prestação de apoio financeiro pela União aos entes federados que recebem recursos do Fundo de Participação dos Municípios - FPM, no exercício de 2009, com o objetivo de superar dificuldades financeiras emergenciais, e dá outras providências. D.O.U. de 14/10/2009b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual : manual de orientação / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. [acesso em 12 maio 2011]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Relatório de condicionalidades do Programa Bolsa Família. 1º semestre de 2010. Brasília: Senarc; 2010.
- Brasil. Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: MESA; 2003.
- Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Série E. Legislação em Saúde.
- Brasil. Portaria 648 de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção a Saúde (PNAB). DOU de 17/04/2006.

- Brasil. Portaria Interministerial Nº 2.509, de 18 de Novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. DOU de 18/11/2004c.
- Brasil. Portaria Nº 256 de 19 de março De 2010. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio financeiro à gestão estadual do Programa Bolsa Família e dá outras providências. DOU de 23/03/2010a
- Brasil. Portaria nº 321 de 29 de setembro de 2008. Alterada pela Portaria nº 339 de 3 de outubro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. DOU de 30/09/2008c.
- Brasil. Portaria nº 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS nº 551, de 9 de novembro de 2005, e dá outras providências. DOU de 30/09/2008b.
- Brasil. Portaria nº 551, de 09 de Novembro de 2005. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. DOU de 11/11/2005.
- Brasil. Portaria nº 66 de 03 de março de 2008. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família DOU de 04/03/2008a.
- Brasil. Portaria nº 754 de 20 de outubro de 2010. . Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio financeiro à gestão estadual do Programa Bolsa Família e dá outras providências. DOU 21.10.2010, republic. em 25.10.2010b.
- Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *J. Health Nutr.* 2003; 21(3):181-192.
- Braveman PA; Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, 2002; 54:1621-1635.
- Bravo RA. Programa Compartilhar / Cheque Cidadão: o difícil equacionamento entre carências e direitos. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2002.
- Burlandy L Comunidade Solidária: Engenharia Institucional, Focalização e Parcerias no Combate à Fome, à Pobreza e à Desnutrição. Tese de doutorado. RJ: Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz. 2003.
- CadÚnico. Cadastro Único para Programas Sociais. Formulário Principal de Cadastro. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011.
- Campos A. Pochmann M, Amorim R. et al. Atlas da Exclusão social no Brasil: dinâmica e manifestação territorial. 2 ed. vol. 2. São Paulo: Cortez, 2004.
- Campos Filho AC. Transferência de renda com condicionalidades e desenvolvimento de capacidades: Uma análise a partir da integração dos programas Bolsa Família e Vida Nova no Município de Nova Lima. [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2007.
- Campos GWdeS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saude Soc.* 2006; 15(2): 23-33.
- Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. The public health observatory handbook of health inequalities measurement. Oxford: South East Public Health Observatory; 2005.

- Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica dos salários. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- Castel R. De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. In : DONZELOT, Jacques. (dir.), Face à l'exclusion. Paris, Ed. Esprit, 1991.p.137-168.
- Castiñeira BR, Nunes LC, Rungo P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renda sobre El estado de renda sobre El estado de salud: el Programa Bolsa Família de Brasil. *Rer Esp Salud Publica* 2009; 83: 85-97.
- CEPAL. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Cohesion Social: inclusión y sentido de pertenencia em América Latina y el Caribe (Síntesis). Santiago de Chile, 2007a.
- CEPAL. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile, 2007b.
- CEPAL. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina 2008. Santiago de Chile, 2008.
- CEPERJ. Centro Estadual de Estatísticas Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro. [acesso em 12 de maio de 2011]. Disponível em URL<www.ceperj.rj.gov.br>.
- Champagne P. A visão mediática. In: Bourdieu P. A miséria do mundo. 8 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
- Cintra HB. Indicadores de sustentabilidade para o turismo e o turismo rural: uma proposta para Aldeia Velha, município de Silva Jardim, RJ, e região do entorno. [Dissertação]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2004.
- CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. [acesso em 12 de maio de 2011]. Disponível em URL<cnes.datasus.gov.br>.
- Cohn A, Elias PEM. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad. Saúde Pública* 2002;18(Suplemento):173-180.
- Cohn A. Cartas ao presidente Lula: bolsa família e direitos sociais. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro; 2012.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.
- Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj). Projeto Agenda 21. Articulação local para o desenvolvimento sustentável na região Leste Fluminense. [acesso em 27 jun 2012]. Disponível em: <http://agenda21comperj.com.br>.
- Costa DM. Considerações sobre o Programa Bolsa Família: implicações para o empoderamento. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Costa NR. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos Lula e FHC. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(3):693-706
- Costa VMF, Vita A de, Pralon EM. A trajetória das políticas de assistência social no Brasil: 1930 a 1995. In: _____ Reforma das políticas sociais num contexto de descentralização: o papel dos Programas Municipais de Garantia de Renda Mínima no combate à pobreza. *Cadernos Cedec* 1998; 65: 7-12.

- Cotta RM, Oliveira FC, Magalhães KA, Ribeiro AQ, Sant'Ana LF, Priore SE, et al. Social and biological determinants of iron deficiency anemia. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(Suppl 2):309-20.
- Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54-60.
- Council of Europe. [acesso em 05 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.coe.int>.
- Council of Europe. European Committee for Social Cohesion. A new strategy for social cohesion. Strasbourg: Council of Europe; 2004.
- Council of Europe. High level task force on social cohesion in Europe: towards an active, fair and socially cohesive Europe. Strasbourg: Council of Europe; 2008.
- Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94:1864-74.
- d'Avila Viana, AL; Levcovitz E. Proteção social: introduzindo o debate. In: d'Avila Viana, AL; Elias PEM; Ibañez N. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; 2005.
- DAB. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Saúde da Família. [acesso em 12 de maio de 2011]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf.php.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. [Acesso em 15 de maio de 2011]. Disponível em URL<www.datasus.gov.br>..
- Despret V. Os dispositivos experimentais. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2011; 23(1):43-48.
- Dias MNA, Silva MRF. A condição de pobreza das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Bacabal, MA: a importância do benefício. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Donzelot J. Le social du troisième type. In: DONZELOT, Jacques. (dir.) Face à l'exclusion. Paris: Éditions Esprit, 1991. p.15-39.
- Draibe S. Bolsa Escola Y Bolsa Família. *Cadernos NEPP* 2006; 76:1-14.
- Draibe SM. M. América Latina na encruzilhada: estaria emergindo um novo estado desenvolvimentista de bem-estar? Observações sobre a proteção social e a integração regional. Campinas: Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas; 2006. Caderno no78.
- Draibe SM. O welfare state no Brasil: características e perspectivas. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1993. NEPP caderno de pesquisa, 8.
- Durkheim E. Da divisão social do trabalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 1999.
- Escorel S. (Coord.) Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- Escorel S. Exclusão social - fenômeno totalitário na democracia brasileira. *Rev. Saúde & Sociedade* 1993; 2(1): 41-57.

Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. [acesso em 01 de janeiro de 2011]. Disponível em: www.opas.org.br/serviços/arquivos.

Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Estrella J, Ribeiro LM. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades em saúde em nível municipal: um programa populista ou estrutural? *Sinais Sociais* 2008a;14(2): 12-43.

Estrella J, Ribeiro LM. Qualidade da Gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. *Revista de Administração Pública* 2008b; 42(3)625-41.

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud; 2002. Publicación Científica y Técnica, 585.

Favero CA. Políticas públicas e reestruturação de redes de sociabilidades na agricultura familiar. *Cad. CRH*. 2011; 24(63):609-626.

Fenwick TB. Avoiding governors: the success of Bolsa Família. *Lat. Am. Res. Rev.* 2009; 44:102-131

Ferreira F. Os determinantes da desigualdade de renda no Brasil: luta de classes ou heterogeneidade educacional? Rio de Janeiro: PUC-Rio, fev. 2000. 29 p. (Texto para discussão, n. 415).

Ferreira FHG, Leite PG, Litchfield JA. The rise and fall of brazilian inequality: 1981-2004. Washington, D. C.: World Bank; 2006. 40 p. (World Bank Policy Research Working Paper, 3867).

Ferreira NVT. Programa Bolsa Família: o velho com novas roupagens. [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2010.

Fialho PJF. O programa Bolsa Família em São Luís (MA) e Belém (PA): um estudo sobre a relação entre a gestão local e os efeitos do programa na condição de vida das mulheres. Dissertação. [Mestrado em Serviço Social]. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2007.

Figueiró AL. Entre o assistencialismo e a emancipação: uma análise da relação entre Estado e sociedade civil, a partir das experiências do Programa Bolsa Família no entorno do Distrito Federal. [Tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

FINEP. Medindo o grau de aversão a desigualdade da população brasileira através dos resultados do Programa Bolsa Família. Rio de Janeiro: FINEP, 2008.

Fleury S. Coesão social e seguridade social. In: Lobato LdeVC; Fleury S. (orgs.) Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 10-27.

Fonseca AMM, Viana ALA. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1505-1512.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.

Freiberg J, Wiesenbach C. Expert Meeting Social Cohesion: a way forward? Contribution to the OECD's perspectives on global development 2011; Eschborn,

- 31 maio - 01 jun 2010; Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit; 2011.
- Freitas CDR. Ele dorme e se acorda comigo: representações sociais do Programa Bolsa Família. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008. 153 p.
- Fronza P. Programa Bolsa Família: contribuições para o enfrentamento da pobreza. [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.
- Gama LCD. O Programa Bolsa Família pode influenciar a decisão de migrar? Uma análise para o estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Cedeplar. [acesso em 12 nov 2012]. Disponível em: <http://web.cedeplar.ufmg.br>.
- Gaspari E. Brava gente, a brasileira. Jornal Folha de São Paulo. Publicada em 12 de maio de 2013. [acesso em 06 jun 2013]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/108531-brava-gente-a-brasileira.shtml>.
- Gaulejac V de, Léonetti IT. La lutte des places: insertion e desinsertion. Paris: Desclée de Brouwer, 2009.
- Gelinski CRG. Proteção social em saúde para famílias vulneráveis com monoparentalidade feminina via estratégia saúde da família. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
- Gil AC. Estudo de Caso. São Paulo: Atlas, 2009.
- Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre a implementação da Estratégia de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
- Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Política e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Giovanella L; Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.
- Giovanella L; Mendonça MH de. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC. et al. (orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2008, p. 575-626.
- Gitter SR Barham BL. Women's power, conditional cash transfers, and schooling in Nicaragua. The World Bank Economic Review. 2008; 22(2):271-290.
- Glewwe P, Kassouf AL. O Impacto do Programa Bolsa Família no total de matrículas do ensino fundamental, taxas de abandono e aprovação. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Goddard M, Smith P. Equity of access to health care service: theory and evidence from UK. Social Science and Medicine. 2001; 53:1149-1162.
- Goffman E. Estigma e identidade social. In: Goffman E. Estigma: notas sobre manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara; 1998. p. 11-50.
- Grisotti M, Gelinski CROG. Visões parciais da pobreza e políticas sociais recentes no Brasil. Rev. Katál. Florianópolis 2010; 13(2):210-219.

- Gwatkin DR, Victoria CG. Making health systems more equitable. *Lancet*. 2004; 364:1273-1280.
- Hacking I. Representing and intervening: introductory topics in the philosophy of natural science. Cambridge: Cambridge University Press; 1983.
- Haddad MA. Bolsa Família and the needy: Is allocation contributing to equity in Brasil? *Journal of International Development* 2008; 20(5):654-669.
- Hall A. Brazil's Bolsa Família: A Double-Edged Sword? *Development and Change* 2008; 39(5): 799-822.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? a systematic review. *International Journal of Health Services*. 2007, 37(1):89-109.
- Harvey D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 18ªed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.
- Herkenhoff MBL, Oliveira JA, Silva TA; Sobrinho AC. A (des) articulação entre a Educação e a Assistência Social no Programa Bolsa Família. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Hulse K, Stone W. Social cohesion, social capital and exclusion: a cross cultural comparison. *Policy Studies*. 2007; 28(2):109-128.
- Hunter W, Power TJ. Rewarding Lula: executive power, social policy, and the Brazilian elections of 2006. *Latin American Politics and Society* 2007; 59 (1): 1 -33.
- Iamamoto MV. A questão social no capitalismo. *Temporalis*. Ano 2, no. 3. Brasília: ABEPSS, Grafine, p. 9-32, 2001.
- IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Documento Síntese. [Acesso em 10 de agosto de 2008]. Disponível em: www.ibase.br.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda comunicado. Brasília: IPEA; 2012. Comunicados do Ipea,155.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Tendências demográficas mostradas pela PNAD 2011. Brasília: IPEA; 2012. Comunicados do Ipea, 157.
- International Economics In: Ugá, 2004 (op. cit.)
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Acesso em 12 de maio de 2011]. Disponível em <www.ipea.gov.br>.
- Ivo ABL. *Viver por um fio: pobreza e política social*. São Paulo: Annablume; Salvador: CRH/UFBA, 2008.
- Jeannotte MS. Social Cohesion: insights from canadian research. In: Conference on Social Cohesion; 29 nov. 2003; Hong Kong.
- Jenson J. Mapping social cohesion: the state of canadian research. Ottawa: Canadian Policy Research Networks; 1998. CPRN Study No. F/03.
- Jornal Vale do Café. [acesso em 21 jun 2012]. Disponível em: www.folhavaledocafe.com.br.

- Kay C. Rural poverty and development strategies in Latin America. *Journal of Agrarian Change*, v.6, n.4, p. 455-508, 2006.
- Kelly SE. Qualitative interviewing techniques and styles. In: Bourgeault I, Dingwall R, De Vrie, R, editors. *The SAGE Handbook of qualitative methods in health research*. London: Sage; 2010. p.307-326.
- Kerstenetzky CL. Desigualdade e pobreza: lições de Sen. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2000; 42(15):113-122.
- Kerstenetzky CL. O estado de bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do estado de bem estar social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- Kerstenetzky CL. Redistribuição e Desenvolvimento? A Economia Política do Programa Bolsa Família. *DADOS* 2009; 52(1): 53 -83.
- Kowarick L. Capitalismo e marginalidade urbana na América Latina 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- Kowarick L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil: Estados Unidos, França e Brasil. *Rev. bras. Ci. Soc.* São Paulo 2003;51(18):61-85.
- Kowarick L. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n.63, 2002.
- Landim Junior PH. Os Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a Economia dos municípios brasileiros. Relatório final. São Paulo: Instituto de Ensino e Pesquisa; 2009.
- Lavinas L, coord. Medindo o grau de aversão à desigualdade da população brasileira. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; nov 2012.
- Lavinas L. Gasto social no Brasil: programas de transferência de renda versus investimento social. *Ciência e Saúde coletiva* 2007; 12 (6): 1463-1476
- Leal GF. Exclusão social e rupturas dos laços sociais: análise crítica do debate contemporâneo. Tese [Doutorado em Sociologia] – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2008.
- Lee JH, Sadana R, editors. *Improving equity in health by addressing social determinants*. Geneva: The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks; 2011.
- Lee K-M, Wong H, Law K-Y. Social polarization and poverty in the global city: the case of Hong Kong. *China Report*. 2007; 43(1):1-30.
- Lício EC, Rennó LR. Bolsa Família e Voto na Eleição Presidencial de 2006: em busca do elo perdido. *Opinião pública* 2009; 15(1):31-54
- Lindert K, Linder A, Hobbs J, Brière B.. The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família Program: implementation conditional cash transfers in a descentralization context. World Bank, 2007 (Discussion Paper, n. 709).
- Lindert K, Vincensini V. Social policy, perceptions and press: na analysis of the medias's treatment oc conditional cash transfers in Brazil. Final Draft. Washington, D. C.: World Bank; 2010. SP Discussion Paper , no. 1008.
- Machado LASda. Vida e Morte da Teoria da Marginalidade. In: Ugá VD, 2008. op. cit.

- Mackenbach J, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *The Lancet*. 2003; 362:1409-1414.
- Magalhães R, Boldstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cien Saúde Colet* 2009; 14(3): 861-868.
- Magalhães R, Burlandy L, Senna M, Schottz V, Scalercio G. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(6):1513-1523
- Magalhães R, Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(3):667-673.
- Maiolino AL., Mancebo D. Análise histórica da desigualdade: marginalidade, segregação e exclusão. *Psicologia & Sociedade* 2005;17(2)14-20.
- Marcolino FF. Alimentação de crianças menores de 18 meses atendidas pelo PSF em dois municípios de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
- Mariano AS, Carloto CM. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. *Rev. Estud. Fem.* 2009; 17(3):901-908.
- Mariz R. Sem efeito sobre a pobreza. *Jornal Correio Braziliense*. 29 jun. 2009.
- Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med*. 1997; 44:901-10.
- Marmot M; Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991; 337:1387-1393.
- Marques E. Redes sociais, segregação e pobreza em São Paulo. São Paulo: Editora UNESP; Centro de Estudos da Metrópole; 2010.
- Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):403-415.
- Mattos E, Ponczek V. O efeito do estigma sobre os beneficiários de programas de transferência no Brasil. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 2009. Texto para Discussão, 226.
- May T. Pesquisa social: questões, métodos e processos. Soares CASN (tradução). Porto Alegre: Artmed, 2004.
- McCracken, M. Social cohesion and macroeconomic performance. In: Conference on the State of Living Standards and the Quality of Life in Canada; 30-31 out. 1998; Ottawa, Ontario, Canada.
- Medeiros M, Britto T, Soares F. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. texto para discussão no 1283. Brasília: Ipea, 2007.
- Medeiros M, Britto T, Soares F. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. Brasília: IPEA; 2007. Textos para Discussão, 1283.
- Mega LF. Mudanças causadas pelo Programa de Transferência Direta de Renda, Programa Bolsa Família, aos beneficiários de Santa Vitória do Palmar, RS. [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2008.

- Melo AL. Reservas particulares do patrimônio natural do município de Silva Jardim, Rio de Janeiro: perfil e características do manejo. [Monografia]. Seropédica, RJ: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2004.
- Melo RMS, Duarte GB. Impacto do Programa Bolsa Família sobre a frequência escolar: o caso da agricultura familiar no Nordeste do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*. 2010; 48(3):635-657.
- Mendes EV. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011a. NavegadorSUS, 2.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011b.
- Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- Mendes VLPS, Barbosa AMG, Rodrigo JM. Gestão dos serviços públicos e participação cidadã: estudo com os beneficiários do programa bolsa família. *Rev. Adm. Contemp*. 2009; 13(especial): 105-120.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- MESA (Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar). 2003. Política de
- Mesquita CS. O Programa Bolsa Família: uma análise do seu impacto e alcance social. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 108 p. 25ª ed.
- Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2007. 108 p.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome- MDS [acesso em 12 de maio de 2013]. Disponível em http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia.
- Monnerat GL, Senna MdeCM, Schottz V, Magalhães R, Burlandy L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrpartidas do Programa Bolsa Família. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(6):1453-1462.
- Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995.
- Monteiro DAA, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Determinantes da gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais. *Saúde Soc* 2009; 18(2): 214-266.
- Mooney G, Jan S. Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedure? *Heath Policy*. 1997; 39:79-87.
- Moreira NC, Ferreira MAM, Lima AATFC, Ckagnazaroff IB, Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família e a autonomia das mulheres. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.

- Moreira NC; Ferreira MAM, Lima AATF, Ckagnazaroff IB. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Rev. Adm. Pública.* 2012; 46(2):403-423.
- Mota AE. A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: *O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade.* 4ª Ed., São Paulo: Cortez, 2010. p. 133-146.
- Moura PGM. Bolsa família: projeto social ou marketing político?. *Rev. katálysis* 2007; 10(1): 115-122.
- Nadir Junior AM, Salm JF, Menegasso ME. Estratégias e ações para implementação do ICMS Ecológico por meio da co-produção do bem público. *Revista de Negócios.* 2007; 12(3): 62-73.
- Netto GF, Freitas CM, Pedroso MM, Rohlfis DB. Impactos socioambientais na situação de saúde da população brasileira: estudo de indicadores relacionados ao saneamento ambiental inadequado. *Tempus Acta em Saúde Coletiva* 2009; 4(4):53-71.
- Netto JP. Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis.* 2001; 2(4):41-49.
- Nun J. Marginalidad y otras cuestiones. *Revista Latino-americana de Ciencias Sociales* v. 4, p. 366-398, 1972.
- Nun J. Superoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal. *Revista Latinoamericana de Sociología,* v. 5, n. 2, p.180-225, 1969.
- Nun J. The End of Work and the "Marginal Mass" Thesis. *Latin American Perspectives,* v.27, n.1, p.6-32, 2000.
- Oliveira AM. Viegas M, Costa A, Guimaraes C, Rodriguez L, Perez R. Primeiros resultados da análise da linha de base de Pesquisa de Avaliação de Impacto de Programa Bolsa Família. In: Vaitsman J e Paes-Souza R (Orgs) *Avaliação de políticas e programas do MDS.* Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2007.
- Oliveira L. Os excluídos “existem”? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* São Paulo, n.33, vol.12, p.49-51, 1997.
- Oliveira. M. C. (org) *Demografia da Exclusão Social.* Campinas: Editora da Unicamp, 2001. 190p.
- Organização Internacional do Trabalho. *Decent Work and Poverty Reduction Strategies.* Geneva: ILO, 2007.
- Organización Pan Americana de Saúde. Resolución CD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPAS; 2009. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf).
- Organización Panamericana de La Salud. *Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas em la Atención Primaria de Salud.* Washington, D.C.: OPAS; 2009.
- Paes-Souza R, Quiroga J. Programas de transferência de renda e redução da pobreza e das desigualdades sociais no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Paes-Souza R, Santos LM, Miazaki ES. Effects of conditional cash transfer programme on child nutrition in Brasil. *Bull. World Health Organ.* 2011; 89:496-503.

- Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4):299-316.
- Paim JS. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 34-46.
- Pan American Health Organization. Exclusion in health in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: PAHO, 2004.
- Pastorini A. A categoria “questão social” em debate. 2ªed. São Paulo, Cortez, 2007. (Coleção questões da nossa época; v.109).
- Paugam S. La desqualification sociale: essai sur la nouvelle pauvreté. Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- Pereira LL; Santos LMP; Soares MD; Henrique FC; Guadagnin SC; Santos SMC. Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.
- Pierson C. Beyond the welfare state? the new political economy of welfare. Cambridge: Polity Press; 1991.
- Pires A. Bolsa família e políticas públicas universalizantes: o caso do município paulista. *Cadernos de Pesquisa* 2008; 134 (38): 341-366.
- Pires A. Itoman HK. A importância das relações familiares para os destinatários do programa bolsa família: o caso de Campinas. [acesso em 02 nov. 2012]. Disponível em: http://www.ipc-undp.org/doc_africa_brazil/Webpage/missao/Pesquisas/PESQUISA_MULHER.pdf.
- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Raking de IDH-M dos municípios do Brasil.[acesso em 12 de maio de 2011]. Disponível em: << <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/>>>.
- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. World Report, 1990.
- Pochmann M; Amorin R (orgs.) Atlas da exclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2002.
- Pollak M. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos Históricos*. 1989; 3(2):3-15.
- Popay J, Escorel S, Hernández M, Johnston H, Mathieson J, Rispel L. Understanding and Tackling Social Exclusion. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network, 2008.
- Projeto Juturnaíba Viva. [acesso em 21 2012]. Disponível em: <http://www.juturnaiba.micoleao.org.br>.
- Quijano A. Notas sobre o conceito de marginalidade. In: Pereira L.. (Org.). *Populações marginais*. São Paulo: Duas Cidades, 1978. p.11-72.
- Quijano A. Redefinición de la dependencia y proceso de marginalización social. In: Weffort F, Quijano A. *Populismo, marginalización y dependencia*. Ensayos de interpretación sociológica, San José, Costa Rica, Universidad Centroamericana, 1973, p. 180-213.
- Rasella D, Aquino R, Santos AC, Paes-Souza R, Barreto ML. Effect of conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian

- municipalities. The Lancet [Internet], 15 may 2013. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Bolsa%20Familia%20-%20Mortalidade%20Crianças%20Lancet%20Online%20\(1\).pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Bolsa%20Familia%20-%20Mortalidade%20Crianças%20Lancet%20Online%20(1).pdf)
- Rego LW. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao Bolsa Família. *Lua Nova* 2008; 73: 147-185.
- Reisdörfer LAL. Outro olhar do mesmo lugar: ações sócio-educativas no Programa Bolsa-Família. [dissertação]. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau; 2008.
- Rocha C. Nutrition Security in Brazil. *Development Policy Review*, 2009, 27 (1): 51-66
- Rocha S. A investigação da renda nas pesquisas domiciliares. *Economia e Sociedade*. 2003; 21(2): 205-224.
- Rocha S. *Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?* Rio de Janeiro: FGV; 2003.
- Rocha S. Transferências de renda federais: focalização e impactos sobre pobreza e desigualdade. *Rev. econ. contemp.* 2008; (12): 67-96
- Rosanvallon P. *A nova questão social: repensando o estado providência*. Bath S (trad.). Brasília, DF: Instituto Teotônio Vilela, 1998.
- Rosanvallon P. *A nova questão social: repensando o estado providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela; 1998.
- Sadana R, Simpson S, Popay J, Albrecht D, Hosseinpoor AR and Kjellstrom T. Strengthening efforts to improve health equity. In: *The Commission on Social Determinants of Health Knowledge Networks*, Lee J, and Sadana R (ed.) *Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants*. Geneva, WHO; 2011, p. 7-22.
- Santos CRB. *Portas de saída da pobreza: a implementação de programas complementares do PBF de Manguinhos*, Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
- Santos M. *A natureza do espaço: técnica, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
- Santos M. *Espaço e Método*. 4. ed. São Paulo: Nobel; 1997.
- Santos WG. *Cidadania e justiça; a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979.
- Sarti CA. *A Família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Cortez; 2007.
- Sátyro N, Soares S. *Análise do impacto do programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada na redução da desigualdade nos estados brasileiros – 2004 a 2006*. Brasília: IPEA, Texto para Discussão No 1435, 2009.
- Schottz V. *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* Dissertação de Mestrado. RJ: Escola Nacional de Saúde –Fiocruz, 2005
- Segurança alimentar para o Brasil: Fome Zero*. Brasília: MESA.
- Sen A, Kliksberg B. *As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
- Sen A. *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Sen A. Por que equidade na saúde. In: Sen A, Kliksberg B. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. p.73-93.

SENARC. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Relatórios e Estatística. [Acesso em 15 de maio de 2011]. Disponível em <http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizsrch.asp>.

Senna MCM. Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implementação do programa Bolsa Família no município de São Gonçalo-RJ. Tese de doutorado. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

Senna MdeCM, Burlandy L, Monnerat GL, Schottz V, Magalhães R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? Rev. Katál. 2007; 10(1):86-94.

Silva MODaS. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. Cien Saúde Colet 2007; 12(6):1429-1439.

Silva Jardim. Prefeitura Municipal. [acesso em 21 jun 2012]. Disponível em: www.silvajardim.rj.gov.br.

Silva JLM, Gomes ED, Vasquez JJC. El Impacto del Programa Bolsa-Familia sobre las poblaciones rurales pobres del Brasil: un estudio de caso en el Rio Grande do Norte. [acesso em 07 nov 2012]. Disponível em: www.ipc-undp.org/mds.do.

Silva MOS, Yasbek MC, Giovanni G. A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda. 4 ed. São Paulo: Cortez; 2004.

Silva RRda, Senna MCM. Articulação intersetorial no âmbito do Programa Bolsa Família: experiência do município do Rio de Janeiro. Saúde em Debate 2009 33(81): 98-111.

Silva SPS, Sandre-Pereira G, Salles-Costa R. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(11):4493-4501.

SISPACTO. Aplicativo da Pacto pela Saúde. [Acesso em 12 de maio de 201]. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). [acesso em 02 maio 2013]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=33&codTpRel=01>.

Soares F, Soares S, Medeiros M, Osório RG. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. Brasília: IPEA, 2006 Brasília: Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.228).

Soares FV, Ribas RP, Osório RG. Evaluating the impacto of Brazil's Bolsa Família: cash transfer programmes in comparative perspective. Brasília: International Poverty Centre, 2007a (Evaluation Note, n. 1).

Soares LT. Políticas sociais na América Latina. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LdeVC. et al. (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil, 2008. p. 923-944.

- Soares LTR. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
- Soares S, Ribas RP, Soares FV. Focalização e Cobertura do Programa Bolsa Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias? Brasília: Ipea, 2009
- Soares S, Sátyro N. O programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Brasília: IPEA, Texto para Discussão 1424, 2009
- Soares SSD. Distribuição da renda no Brasil de 1976 a 2004. Brasília: IPEA; 2006. 27 p. Texto para Discussão no. 1166.
- Solar, Orielle & Irwin, Alec (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Available at : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf > Acesso em 12 de junho de 2012.
- Sorj B, Martuccelli D. O desafio latino-americano: coesão social e democracia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- Sposati AdeO. Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo. São Paulo: EDUC, 1996.
- Starfield, B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services 2001 3(3)545- 566.
- Suaréz M, Libardoni M, Teixeira M, Cleaver AJT, Garcia S, Chaves W. O Programa Bolsa Família e o enfrentamento das desigualdades de gênero: o desafio de promover o reordenamento do espaço doméstico e o acesso das mulheres do espaço público. Brasília: AGENDE; 2006.
- Suaréz M, Linbardoni M. O impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres. In: Vaitsman J e Paes-Souza R (Orgs) Avaliação de políticas e programas do MDS. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, 2007.
- Suplicy EM. Renda Básica de Cidadania: a resposta dada pelo vento.3.ed. Porto Alegre: L & PM, 2006.
- Tavares PA. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. Economia e Sociedade 2010; 19 (3):613-635,.
- The Nature Conservancy. ICMS Ecológico. [acesso em: 29 maio 2012]. Disponível em: http://www.icmsecologico.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=62.
- Toledo CO, Moraes JHC, Negreiros EM. Impactos socioambientais causados após a construção da represa na lagoa de Juturnaíba, bacia hidrográfica do rio São João, RJ: um olhar da comunidade ribeirinha e pescadores da lagoa. Saúde & Ambiente em Revista. 2005, 4(2):47.
- Toledo LM coordenador. Situação e tendência de algumas causas de adoecimento e de morte nos municípios de Cachoeiras de Macacú, Guapimirim e Itaboraí: parâmetros epidemiológicos para o monitoramento do processo de implantação do COMPERJ. Relatório Técnico (mimeo). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

- Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho A I, Noronha JC. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p.215-246.
- Tribunal de Contas da União do Estado do Rio de Janeiro (TCE-RJ). Estudos socioeconômicos dos municípios do Estado do Rio de Janeiro: Silva Jardim. Rio de Janeiro: TCE-RJ; 2011.
- Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. [acesso em 12 maio 2011]. Disponível em: www.tce.rj.gov.br.
- Turato ER. Decidindo quais indivíduos estudar. In: _____ Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação na área da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003: 351-354.
- Uchimura KU, Bosi MLM. O mercado dos pobres: um enfoque qualitativo da utilização de programas sociais de alimentação. Cad. Saúde Pública. 2004; 20:482-91.
- Ugá VD. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. Rev.de Sociologia e Política 2004; 23:55-62.
- Ugá VD. A questão social como “pobreza”: crítica à conceituação neoliberal. Tese de Doutorado em Ciência Política - Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- Uniter Nation. Social justice in an open world: the role of the United Nation. New York: UN; 2006.
- Vaitsman J, Andrade GRBde, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a constituição de 88. Cien Saúde Colet 2009; 14(3): 731-741.
- Vaitsman J. Escolhas políticas. Cien Saúde Colet 2009; 14(3):707-719.
- Vianna MLTW. As batatas de Pirro. Comentários sobre as regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 a 2000. Cien Saúde Colet 2009; 14(3):707-719.
- Wacquant L. The militarization of urban marginality: lessons from the brazilian metropolis. International Political Sociology. 2008; (2):56-74.
- Wagstaff A, Paci P, Joshi H. Causes of inequality in health: who you are? Where you live? Or Who your parents were? Washington, D. C.: World Bank; 2001.
- Wanderley LEW. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho. In: Belfiore-Wanderley M, Bógus L, Yazbek MC. Desigualdade e questão social. 2ª ed. São Paulo: EDUC, 2004. p. 51-162.
- Weissheimer MA. Bolsa família: avanços, limites e possibilidades do programa que está transformando a vida de milhões de famílias no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2010.
- Whitehead, M. The concepts and principles of equity in health. International Journal of Health Service 1992; 22: 429-445.
- World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008. The World Health Report.

World Health Organization. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO; 1948.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Geneva: WHO; 2011.

Xiberras M. As teorias da exclusão: para uma construção do imaginário do desvio. Lisboa: Instituto Piaget, Portugal, 1996.

Yin R. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3ed. Porto Alegre: Brookman, 2005.

Zioni F. Exclusão social: noção ou conceito? Rev. Saúde & Sociedade 2006; 15(3): 15-29.

Zucco C. The president's "new" constituency: Lula and pragmatic vote Brazil's 2006 presidential elections. Journal of Latin American Studies, 40(1):29-49.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 215/11
CAAE: 0231.0.031.000-11

Título do Projeto: “Coesão social e equidade em saúde: repercussões do Programa Bolsa Família entre famílias beneficiárias”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisador Responsável: Hayda Josiane Alves

Orientadora: Sarah Maria Escorel de Moraes

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 30 /08 / 2011

Data de apreciação: 14 / 09/ 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Profª Ângela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM BENEFICIÁRIOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



PARA BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - No. _____

PARTE I - Vulnerabilidades sociais, dimensões da exclusão social e o Programa Bolsa Família

1. INGRESSO NO PBF

1.1 Há quanto tempo recebem o Bolsa Família?

1.2 Como a sua família entrou no programa? Onde? Com quem falou? Quando foi? O que precisou?

1.3 O cartão sempre esteve no seu nome? Por/Há quanto tempo?

1.4 Em caso de outro titular, quem era e por quanto tempo?

1.5 Ficaram algum tempo sem receber o benefício? Quanto tempo? Por quê?

2. BENEFÍCIOS SOCIAIS E O COTIDIANO NO MUNICÍPIO E SERVIÇOS PÚBLICOS

2.1 PROGRAMAS SOCIAIS

2.2.1 De que outros programas sociais/benefícios esta família já participou? Era/é da prefeitura? Quanto/o quê recebiam? Explique.

2.2.2 O que era bom deste(s) programa(s)/benefício(s). O que não era? E comparado ao Bolsa Família?

2.2.3 Vocês já tentaram participar de outros programas e não conseguiram? Como foi?

2.1.4 Que benefícios do governo a sua família mais precisa ganhar/manter?

2.2 O COTIDIANO EM SILVA JARDIM E OS SERVIÇOS PÚBLICOS

2.1.1 A sua família é de Silva Jardim? Se não, o que fez vocês se mudarem para este município?

2.1.2 Pode citar o que faz você gostar de morar em Silva Jardim? E o que não gosta ou o que precisa melhorar no município?

2.1.3 E sobre os serviços públicos daqui? O que é mais importante? Quais vocês mais utilizam? Quais precisam melhorar? O que não tem, mas precisaria?

3. DIMENSÃO SOCIO-CULTURAL: GÊNERO, STATUS E LAÇOS SÓCIO-FAMILIARES

- 3.1 Fale-me sobre o dia-a-dia desta casa. Como é a sua rotina? E dos outros membros da casa?
- 3.2 Qual (s) pessoa (s) mais cuida(m) da família? Por quê? Quem toma as decisões da casa? Por quê?
Quem é o chefe da família?
- 3.3 No dia a dia, que tipo de problema mais interfere na família? O Bolsa Família influencia nisto?
Como?
- 3.4 Você conhece outras famílias deste bairro que recebem o Bolsa Família? Como elas são? Você acha que o programa afeta a vida delas? E a sua? Como?

4. O USUFRUTO DO DIREITO À SAÚDE E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

4.1 SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA

- 4.1.1 Que serviço de saúde você e sua família mais usam? Quando (frequência semanal, nos finais de semana, no período noturno)?
- 4.1.2 Como fazem para chegar a este serviço?
- 4.1.3 O que mais gosta deste serviço? E o que mais desgosta?
- 4.1.4 Se não citado, para qual situação você procura o posto/unidade de saúde desse bairro?
- 4.1.5 Vocês fazem algum acompanhamento de saúde específico? Participam de algum programa de saúde. E as crianças? Vocês participam de alguma atividade do posto? Como funciona?
- 4.1.6 Alguém desta casa utiliza alguma medicação diariamente? Qual? Como fazem para conseguir? Vocês compram? A prefeitura oferece?
- 4.1.7 Que tipo de problema de saúde “dá para resolver” em Silva Jardim? E o que não dá? Para onde vão? A prefeitura que leva? Como é?
- 4.1.8 A senhora já foi ao posto de saúde por causa do Bolsa Família? Alguém do posto já veio na sua casa por causa do programa? Para quê? O que acha disso? Isso interfere na saúde da família?

4.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- 4.2.1 Quem é o agente comunitário de saúde desta área? Quando recebem a visita dele? E do médico ou enfermeiro? Como funciona?
- 4.2.2 Para que situações vocês utilizam a Saúde da Família?
- 4.2.3 A Saúde da Família tem alguma ação voltada para os beneficiários do programa? Como funciona?

4.2.4 A Saúde da Família faz algum controle ligado ao Bolsa Família? Como funciona? O que você acha disso?

5. DIMENSÃO POLÍTICA E SOCIAL

5.1 INTEGRAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E REDES SOCIAIS

5.1.1 Nesta casa, alguém participa de alguma associação, partido, grupo religioso, conselho ou sindicato?

5.1.2 Essa participação tem a ver com o Bolsa Família?

5.1.3 Existe alguém ou alguma instituição em que vocês podem contar em momentos de dificuldade na família? Dê exemplos.

6. DIMENSÃO ECONÔMICA

6.1. SITUAÇÃO DE TRABALHO/EMPREGO

6.1.1 Quem trabalha nesta casa? Este trabalho satisfaz as necessidades da família? É Estável? Digno? Tem riscos?

6.1.2 O programa Bolsa Família interfere de alguma forma nesta situação?

6.1.3 Algum outro programa social que sua família já participou interferiu nesta situação? Como era?

6.2 ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

6.2.1 Algum membro desta família participa de alguma atividade de capacitação profissional/curso? Que tipo? Desde quando? O que você esperam a partir desta capacitação/curso?

6.2.2 Programa Bolsa Família teve alguma relação com esta participação?

6.3 RECURSO DO PBF E A FAMÍLIA

6.3.1 O dinheiro do Bolsa Família é gasto principalmente com o quê?

a. |___| b. |___| c. |___| 1 – Alimentação; 2 – Remédios; 3 - Tratamento médico ; 4 - Material escolar ; 5 - Roupas e calçados; 6 – Aluguel; 7 – Gás; 8 – Luz; 9 – Creche; 10 – Transporte; 11 - Outro: _____

6.3.2 Como vocês “cobriam” estas necessidades antes do programa? Dava para cobrir tudo? Como faziam? Outro programa do governo ajudava?

6.3.4 Hoje em dia, que necessidades desta família/desta casa não são possíveis atender mesmo com o Bolsa Família?

PARTE II – Caracterização da família beneficiária e do domicílio**IDENTIFICAÇÃO****ENTREVISTADO (TITULAR DO BENEFÍCIO; EX-TITULAR OU NÃO BENEFICIÁRIO)**

1. Nome: _____
 _____ 2. Sexo: 1.F 2.M 3. Idade: _____ anos

4. End: _____

5. Estado civil: 1.solteiro 2. casado 3.amaziado 4. separado 5.viúvo 6. outro

6. Escolaridade[§]: Obs.: _____

[§]Escolaridade: 1 - analfabeto; 2 - Sabe ler e escrever; 3 – Fundamental ou 1 ° grau incompleto; 4 – Fundamental ou 1 ° grau completo; 5 – Ensino médio ou 2 ° grau incompleto; 6 – Ensino médio ou 2 ° grau completo; 8 – superior incompleto; superior completo.

7. Cor da pele/raça: 1.preta 2.parda 3.branca 4.amarela 5.indígena

8. Religião: 1.evangélica 2.católica 3.umbanda 4.candomblé 5.nenhuma 6. Outra

9. Cidade de nascimento: _____

10. Tempo que mora no Estado do RJ: _____ 11. Tempo que mora neste município: _____

12. Ocupação: _____

13. Possui trabalho remunerado: 1.Sim [Passe para a Ficha Familiar] 2.Não. [Passe ao 14]

14. Tempo decorrido desde a última atividade remunerada: 1. há menos de 3 meses 2. entre 3 e 6 meses 3. entre 6 e 12 meses 4. há mais de 12 meses 5. não sabe informar

15. FICHA FAMILIAR

Membros da família	Sexo ^a	Relação de parentesco com o entrevistado ^b	Idade (anos)	Frequenta algum curso? (1: Sim; 2: Não) Curso que frequenta ou mais alto que frequentou ^c		Outra fonte de benefícios ou programas sociais além do PBF			Ocupação / Possui carteira assinada? (1: Sim; 2: Não)		Possui alguma deficiência (1: Sim; 2: Não) Especificar ^f	Renda
						Tipo ^d	Desde quando	Regularidade ^e				
ENTREVISTADO		////////////////////	///////						////////////////////	///		

^aSexo: 1 – feminino; 2 – masculino. ^bParentesco: 1 - pessoa responsável pelo domicílio; 2 - cônjuge ou companheiro(a) 3 - filho(a) do responsável e do(a) cônjuge ; 4 - filho(a) somente do(a) responsável; 5 - enteado(a) do(a) responsável; 7 - genro ou nora; 8 - pai, mãe, padrasto ou madrasta; 9 - sogro(a); 10 - neto(a); 11 - bisneto(a); 12 - irmão ou irmã; 13 - avô ou avó; 14 - outro parente; 15 - agregado(a)*; 16 – convivente*; 17 – pensionista; 18 - empregado(a) doméstico(a); 19 - parente do(a) empregado(a) doméstico(a); 20 – nenhuma. ^cCurso: 1- creche/pré-escolar/classe de alfabetização de crianças 2 - classe de alfabetização de adultos/ AJA 3- Ensino fundamental ou 1º grau 4- Supletivo/ EJA - Educação de Jovens e Adultos (ensino fundamental ou 1º grau) 5- ensino médio ou 2º grau 6- supletivo /EJA (ensino médio ou 2 grau) 7- pré-vestibular 8- superior- graduação 9- mestrado ou doutorado 10- nenhum; 11 - não sabe informar.

^dFontes: 1- ajuda ou doação regular de não morador; 2- aposentadoria; 3- aposentadoria rural; 4 - pensão; 5 - PBC/LOAS; 6 - seguro-desemprego; 7- pensão alimentícia; 5 -Outras.

^eRegularidade: 1 – semanalmente; 2- mensalmente; 3 - cada 2 meses; 4 - cada 3 meses; 5 – cada 4 meses; 6 – semestramente; 7 - outra

^fDeficiência: 1- cegueira; 2 – baixa visão; 3 – surdez severa/profunda; 4 – surdez leve/moderada; 5 – deficiência física; 6 – deficiência mental/intelectual; 7. Síndrome de *Down*; 8 – transtorno/doença mental.

*Nota técnica: Convivente - pessoa que forma outros núcleos familiares nucleares no mesmo domicílio, com relações de parentesco ou não com a família primária. (Exemplo: Filho que mora na casa dos pais com sua esposa e seu enteado. Neste caso, os pais constituem a família primária o filho, a esposa e o enteado formam a família secundária, estas famílias são conviventes). Agregado - pessoa sem relação de parentesco nem foram núcleo(s) familiar(res) com residentes no domicílio (IBGE, 2010).

16. CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO

16.1. Este domicílio é: 1.próprio de algum morador – já pago 2.próprio de algum morador – ainda pagando 3.alugado 4.cedido por empregador 5.cedido de outra forma 6.outra condição (qual?): _____

16.2. Quantos cômodos existem neste domicílio, incluindo banheiro e cozinha? ||

16.3. Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores? ||

16.4. Qual a principal forma de iluminação do domicílio: 1.rede elétrica 2. gerador ou energia solar 3.óleo, querosene ou gás de botijão 4.outra

16.5. A água utilizada do domicílio vem de: 1.rede geral de distribuição 2. poço ou nascente na propriedade 3. poço ou nascente fora da propriedade 4.carro pipa 5. Água da chuva armazenada em cisterna 6.água da chuva armazenada de outra forma 7. Rios, açudes, lagos |

8. Outra(qual?): _____

16.6 Vocês precisam comprar água? 1.sim 2.não 3.as vezes. De onde compram?_____Gasto mensal:_____

16.7. A água utilizada em sua residência é suficiente para as necessidades domésticas de sua família? 1.sim 2.não 3.não sabe informar

16.7. O lixo deste domicílio é:

1.coletado diretamente por serviço de limpeza 2.colocado em caçamba de serviço de limpeza 3.queimado (na propriedade) 4. enterrado (na propriedade) 5. jogado em terreno baldio ou logradouro 6. jogado em rio, lago ou mar 7. tem outro destino(qual?): _____

Observações:_____

Data:____/____/_____

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM EX-BENEFICIÁRIOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



PARA EX-BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - No. _____

PARTE I - Vulnerabilidades sociais, dimensões da exclusão social e o Programa Bolsa Família

1. INGRESSO NO PBF

- 1.1 Por quanto tempo receberam o Bolsa Família?
- 1.2 Como a sua família entrou no programa? Onde? Com quem falou? Quando foi? O que precisou?
- 1.3 Você sempre foi o titular deste benefício? Por/Há quanto tempo?
- 1.4 Em caso de outro titular, quem era e por quanto tempo?
- 1.6 Há quanto tempo não recebem o benefício? Por que motivo?

2. BENEFÍCIOS SOCIAIS E O COTIDIANO NO MUNICÍPIO E SERVIÇOS PÚBLICOS

2.1 PROGRAMAS SOCIAIS

- 2.2.1 De que outros programas sociais/benefícios esta família já participou? Era/é da prefeitura? Quanto/o quê recebiam? Explique.
- 2.2.2 O que era bom deste(s) programa(s)/benefício(s). O que não era? E comparado ao Bolsa Família?
- 2.2.3 Vocês já tentaram participar de outros programas e não conseguiram? Como foi?
- 2.1.4 Que benefícios do governo a sua família mais precisa ganhar/manter?

2.2 O COTIDIANO EM SILVA JARDIM E OS SERVIÇOS PÚBLICOS

- 2.1.1 A sua família é de Silva Jardim? Se não, o que fez vocês se mudarem para este município?
- 2.1.2 Pode citar o que faz você gostar de morar em Silva Jardim? E o que não gosta, que precisa melhorar no município?
- 2.1.3 E sobre os serviços públicos daqui? O que é mais importante? Quais vocês mais utilizam? Quais precisam melhorar? O que não tem, mas precisaria?

3. DIMENSÃO SOCIO-CULTURAL: GÊNERO, STATUS E LAÇOS SÓCIO-FAMILIARES

- 3.5 Fale-me sobre o dia-a-dia desta casa. Como é a sua rotina? E dos outros membros da casa?
- 3.6 Qual (s) pessoa (s) mais cuida(m) da família? Por quê? Quem toma as decisões da casa? Por quê?
- 3.7 No dia a dia, que tipo de problema mais interfere na família? O Bolsa Família poderia influenciar nisto? Como?
- 3.8 Você conhece famílias deste bairro que recebem o Bolsa Família? Como elas são? Você acha que o programa afeta a vida delas? Como?

4. O USUFRUTO DO DIREITO À SAÚDE E O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

4.1 SAÚDE/ATENÇÃO BÁSICA

- 4.1.1 Que serviço de saúde você e sua família mais utilizam? Quando (frequência semanal, nos finais de semana, no período noturno)?
- 4.1.2 Como fazem para chegar a este serviço?
- 4.1.3 O que mais gosta deste serviço? E o que mais desgosta?
- 4.1.4 Se não citado, para qual situação você procura o posto/unidade de saúde desse bairro?
- 4.1.5 Vocês fazem algum acompanhamento de saúde específico? Participam de algum programa de saúde. E as crianças? Vocês participam de alguma atividade do posto? Como funciona?
- 4.1.6 Alguém desta casa utiliza alguma medicação diariamente? Qual? Como fazem para conseguir? Vocês compram? A prefeitura oferece?
- 4.1.7 Que tipo de problema de saúde “dá para resolver” em Silva Jardim? E o que não dá? Para onde vão? A prefeitura que leva? Como é?
- 4.1.8 A senhora já foi ao posto de saúde por causa do Bolsa Família? Alguém do posto já veio na sua casa por causa do programa? Para quê? O que acha disso? Isso interfere na saúde da família?

4.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

- 4.2.1 Quem é o agente comunitário de saúde desta área? Quando recebem a visita dele? E do médico ou enfermeiro? Como funciona?
- 4.2.2 Para que situações vocês utilizam a Saúde da Família?
- 4.2.3 A Saúde da Família tem alguma ação voltada para os beneficiários do programa? Como funciona?

4.2.4 A Saúde da Família faz algum controle ligado ao Bolsa Família? Como funciona? O que você acha disso?

5. DIMENSÃO POLÍTICA E SOCIAL

5.1 INTEGRAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E REDES SOCIAIS

5.1.1 Nesta casa, alguém participa de alguma associação, partido, grupo religioso, conselho ou sindicato?

5.1.2 Essa participação tem a ver com o Bolsa Família?

5.1.3 Existe alguém ou alguma instituição em que vocês podem contar em momentos de dificuldade na família? Dê exemplos.

6. DIMENSÃO ECONÔMICA

6.1. SITUAÇÃO DE TRABALHO/EMPREGO

6.1.1 Quem trabalha nesta casa? Este trabalho satisfaz as necessidades da família? É Estável? Digno? Tem riscos?

6.1.2 O programa Bolsa Família interfere de alguma forma nesta situação?

6.1.3 Algum outro programa social que sua família já participou interferiu nesta situação? Como era?

6.2 ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

6.2.1 Algum membro desta família participa de alguma atividade de capacitação profissional/curso? Que tipo? Desde quando? O que você esperam a partir desta capacitação/curso?

6.2.2 Programa Bolsa Família teve alguma relação com esta participação?

6.3 RECURSO DO PBF E A FAMÍLIA

6.3.1 Que necessidades a sua família tem dificuldade ou não tem recursos para cobrir? De que forma o dinheiro do Bolsa Família poderia ajudar?

6.3.2 Quando eram beneficiários do programa a situação era diferente? Como? Outro programa do governo ajudava?

6.3.2 Quando eram beneficiários, o dinheiro do Bolsa Família era gasto principalmente com o quê?

a. |___| b. |___| c. |___| 1 – Alimentação; 2 – Remédios; 3 - Tratamento médico ; 4 - Material escolar ; 5 - Roupas e calçados; 6 – Aluguel; 7 – Gás; 8 – Luz; 9 – Creche; 10 – Transporte; 11 - Outro: _____

PARTE II – Caracterização da família beneficiária e do domicílio**IDENTIFICAÇÃO****ENTREVISTADO (TITULAR DO BENEFÍCIO; EX-TITULAR OU NÃO BENEFICIÁRIO)**

1. Nome: _____
 _____ 2. Sexo: 1.F 2.M 3. Idade: _____ anos

4. End: _____

5. Estado civil: 1.solteiro 2. casado 3.amaziado 4. separado 5.viúvo 6. outro

6. Escolaridade[§]: Obs.: _____

[§]Escolaridade: 1 - analfabeto; 2 - Sabe ler e escrever; 3 – Fundamental ou 1 ° grau incompleto; 4 – Fundamental ou 1 ° grau completo; 5 – Ensino médio ou 2 ° grau incompleto; 6 – Ensino médio ou 2 ° grau completo; 8 – superior incompleto; superior completo.

7. Cor da pele/raça: 1.preta 2.parda 3.branca 4.amarela 5.indígena

8. Religião: 1.evangélica 2.católica 3.umbanda 4.candomblé 5.nenhuma 6. Outra

9. Cidade de nascimento: _____

10. Tempo que mora no Estado do RJ: _____ 11. Tempo que mora neste município: _____

12. Ocupação: _____

13. Possui trabalho remunerado: 1.Sim [Passe para a Ficha Familiar] 2.Não. [Passe ao 14]

14. Tempo decorrido desde a última atividade remunerada: 1. há menos de 3 meses 2. entre 3 e 6 meses 3. entre 6 e 12 meses 4. há mais de 12 meses 5. não sabe informar

15. FICHA FAMILIAR

Membros da família	Sexo ^a	Relação de parentesco com o entrevistado ^b	Idade (anos)	Frequenta algum curso? (1: Sim; 2: Não) Curso que frequenta ou mais alto que frequentou ^c	Outra fonte de benefícios ou programas sociais além do PBF			Ocupação / Possui carteira assinada? (1: Sim; 2: Não)		Possui alguma deficiência (1: Sim; 2: Não) Especificar ^f	Renda
					Tipo ^d	Desde quando	Regularidade ^e				
ENTREVISTADO		////////////////////	///////					////////////////////	////		

^aSexo: 1 – feminino; 2 – masculino ^bParentesco: 1 - pessoa responsável pelo domicílio; 2 - cônjuge ou companheiro(a) 3 - filho(a) do responsável e do(a) cônjuge ; 4 - filho(a) somente do(a) responsável; 5 - enteado(a) do(a) responsável; 7 - genro ou nora; 8 - pai, mãe, padrasto ou madrasta; 9 - sogro(a); 10 - neto(a); 11 - bisneto(a); 12 - irmão ou irmã; 13 - avô ou avó; 14 - outro parente; 15 - agregado(a)*; 16 – convivente*; 17 – pensionista; 18 - empregado(a) doméstico(a); 19 - parente do(a) empregado(a) doméstico(a); 20 – nenhuma. ^cCurso: 1- creche/pré-escolar/classe de alfabetização de crianças 2 - classe de alfabetização de adultos/ AJA 3- Ensino fundamental ou 1º grau 4- Supletivo/ EJA - Educação de Jovens e Adultos (ensino fundamental ou 1º grau) 5- ensino médio ou 2º grau 6- supletivo /EJA (ensino médio ou 2º grau) 7- pré-vestibular 8- superior- graduação 9- mestrado ou doutorado 10- nenhum; 11 - não sabe informar.

^dFontes: 1- ajuda ou doação regular de não morador; 2- aposentadoria; 3- aposentadoria rural; 4 - pensão; 5 - PBC/LOAS; 6 - seguro-desemprego; 7- pensão alimentícia; 5 -Outras.

^eRegularidade: 1 – semanalmente; 2- mensalmente; 3 - cada 2 meses; 4 - cada 3 meses; 5 – cada 4 meses; 6 – semestramente; 7 - outra

^fDeficiência: 1- cegueira; 2 – baixa visão; 3 – surdez severa/profunda; 4 – surdez leve/moderada; 5 – deficiência física; 6 – deficiência mental/intelectual; 7. Síndrome de *Down*; 8 – transtorno/doença mental.

*Nota técnica: Convivente - pessoa que forma outros núcleos familiares nucleares no mesmo domicílio, com relações de parentesco ou não com a família primária. (Exemplo: Filho que mora na casa dos pais com sua esposa e seu enteado. Neste caso, os pais constituem a família primária o filho, a esposa e o enteado formam a família secundária, estas famílias são conviventes). Agregado - pessoa sem relação de parentesco nem foram núcleo(s) familiar(res) com residentes no domicílio (IBGE, 2010).

16. CONDIÇÕES DO DOMICÍLIO

16.1. Este domicílio é: 1.próprio de algum morador – já pago 2.próprio de algum morador – ainda pagando 3.alugado 4.cedido por empregador 5.cedido de outra forma 6.outra condição (qual?): _____

16.2. Quantos cômodos existem neste domicílio, incluindo banheiro e cozinha? |

16.3. Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores? |

16.4. Qual a principal forma de iluminação do domicílio: 1.rede elétrica 2. gerador ou energia solar 3.óleo, querosene ou gás de botijão 4.outra

16.5. A água utilizada do domicílio vem de: 1.rede geral de distribuição 2. poço ou nascente na propriedade 3. poço ou nascente fora da propriedade 4.carro pipa 5. Água da chuva armazenada em cisterna 6.água da chuva armazenada de outra forma 7. Rios, açudes, lagos

8. Outra(qual?): _____

16.6 Vocês precisam comprar água? 1.sim 2.não 3.as vezes. De onde compram? _____ Gasto mensal: _____

16.7. A água utilizada em sua residência é suficiente para as necessidades domésticas de sua família? 1.sim 2.não 3.não sabe informar

16.7. O lixo deste domicílio é:
 1.coletado diretamente por serviço de limpeza 2.colocado em caçamba de serviço de limpeza 3.queimado (na propriedade) 4. enterrado (na propriedade) 5. jogado em terreno baldio ou logradouro 6. jogado em rio, lago ou mar 7. tem outro destino(qual?): _____

Observações: _____

Data: ____/____/_____

APÊNDICE III - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM GESTORES E SUPERVISORES TÉCNICOS

Gestores e/ou responsáveis técnicos do PBF

1. Identificação
 - Nome
 - Função/cargo que ocupa
2. Quando o PBF começou a ser implementado no município?
3. Que órgão/setor é responsável pelo gerenciamento do PBF no município? Desde quando o órgão faz parte da estrutura organizacional da prefeitura municipal?
4. Quais fatores facilitaram a implementação programa?
5. Quais fatores dificultaram a implementação do programa?
6. Em sua opinião, de que forma este programa têm favorecido a população deste município?
7. Neste município há o desenvolvimento de ações ou programas intersetoriais? Por favor, cite exemplos. Desde quando? Como foi o desenvolvimento dessas ações? São programas e ações coordenados em nível central (prefeitura, secretarias) ou em nível local (bairro)? Qual é a participação do setor saúde? Qual é o público-alvo dessas ações? São os beneficiários do PBF? De que forma essas ações ou programas interferem no dia-a-dia dos habitantes da cidade?
8. Além do PBF, o município desenvolve outros programas de transferência de renda? (Programas federais e/ou criados pelo próprio município) Quais? Como é seu funcionamento?
9. Desde quando este município recebe recursos do governo federal referentes ao IGD? Qual tem sido a aplicação deste recurso?

Gestores e/ou supervisores técnicos da ESF

1. Identificação
 - Nome
 - Função/cargo que ocupa.
2. O que motivou a implantação da ESF neste município? Quais fatores facilitaram? Quais fatores dificultaram?
3. Como analisa o funcionamento da estratégia de Saúde da Família neste município? Quais fatores limitam ou dificultam o funcionamento da estratégia Saúde da Família neste município? Quais fatores facilitam o seu funcionamento?
4. Em sua opinião, a Saúde da Família têm contribuído para a melhoria de vida da população pobre deste município? De que forma? Dê exemplos
5. As equipes de Saúde da Família desenvolvem ações conjuntas com os responsáveis pelo Programa Bolsa Família? São iniciativas do nível central (Prefeitura, secretarias) ou do nível local (bairro, equipes)?
6. A ESF está envolvida em ações ou programas intersetoriais neste município? Por favor, cite exemplos. Desde quando? Como foi o desenvolvimento dessas ações? São programas e ações coordenados em nível central (prefeitura, secretarias) ou em nível local (bairro)? Qual é o público-alvo dessas ações? São os beneficiários do PBF? De que forma essas ações ou programas interferem no dia-a-dia dos habitantes da cidade?
7. As equipes de Saúde da Família desenvolvem programas ou ações destinados às famílias beneficiárias do Bolsa Família? Dê exemplos.
8. Os serviços de saúde conferem alguma prioridade às famílias beneficiárias do Bolsa Família? De que forma? Dê exemplos.
9. Na sua percepção, depois da implantação do PSF ocorreram mudanças no acesso aos serviços de saúde da população mais pobre? Foram positivas ou negativas? Dê exemplos.
10. As ações da ESF estão direcionadas para a população pobre? Como?
11. Como você vê o papel da Saúde da Família para gestão do PBF.
12. Algum recurso financeiro do PBF já foi utilizado na Saúde da Família? Como? Cite exemplos.

APÊNDICE IV - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA AS FAMÍLIAS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Caro (a) senhor (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Coesão social e equidade em saúde: repercussões do Programa Bolsa Família entre famílias beneficiárias”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as repercussões do Programa Bolsa Família no cotidiano das famílias que recebem o benefício, por meio de entrevistas com beneficiários, ex-beneficiários e não-beneficiários do Programa Bolsa Família.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas sem a identificação do (a) entrevistado. As informações obtidas nas entrevistas são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Sua participação não é obrigatória. Em qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo. Da mesma maneira, sua participação não trará qualquer privilégio em relação ao Programa Bolsa Família ou à Unidade de Saúde da Família que a/o Sr.(a) frequenta, visto que a pesquisa não tem qualquer vínculo com o Programa, com a nem com Prefeitura.

Pretende-se que a divulgação dos resultados seja realizada por meio da publicação da tese de doutorado e por meio de artigos científicos. É importante ressaltar que os nomes dos entrevistados não serão citados no trabalho.

Abaixo se encontram o telefone e os endereços institucionais da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, que podem tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Hayda Alves (pesquisadora responsável)
Escola Nacional de saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ.
CEP: 21041210 Tel: 21-25982525.

Polo Universitário de Rio das Ostras/PURO
Universidade Federal Fluminense/UFF
Rua Recife, s/n. Jardim Bela Vista. Rio das Ostras/RJ.
CEP: 28890-000 Tel: (22) 2760-0848
Tel/Fax: (22) 2764-9164

Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo.
Manguinhos – Rio de Janeiro RJ
CEP. 21041-210
Tel/ Fax - (21) 2598-2863

APÊNDICE V - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA OS GESTORES E SUPERVISORES TÉCNICOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



Caro (a) senhor (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Coesão social e equidade em saúde: repercussões do Programa Bolsa Família entre famílias beneficiárias”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as repercussões do Programa Bolsa Família no cotidiano das famílias que recebem o benefício, por meio de entrevistas com beneficiários, ex-beneficiários e não-beneficiários do Programa Bolsa Família.

As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas sem a identificação do (a) entrevistado. As informações obtidas nas entrevistas são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

Sua participação não é obrigatória. Em qualquer momento o (a) senhor (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará qualquer prejuízo. Da mesma maneira sua participação não trará qualquer privilégio em relação ao desempenho de suas funções ou cargo que ocupa na administração pública.

Pretende-se que a divulgação dos resultados seja realizada por meio da publicação da tese de doutorado e por meio de artigos científicos. É importante ressaltar que os nomes dos informantes-chaves não serão citados no trabalho, referindo-se apenas ao cargo ou função ocupada.

Abaixo se encontram o telefone e os endereços institucionais da pesquisadora principal e do Comitê de Ética em Pesquisa, que podem tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Hayda Alves (pesquisadora responsável)

Escola Nacional de saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ.
CEP: 21041210 Tel: 21-25982525.

Polo Universitário de Rio das Ostras/PURO
Universidade Federal Fluminense/UFF
Rua Recife, s/n. Jardim Bela Vista. Rio das Ostras/RJ.
CEP: 28890-000 Tel: (22) 2760-0848
Tel/Fax: (22) 2764-9164

**Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP**

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo.
Manguinhos – Rio de Janeiro RJ
CEP. 21041-210
Tel/Fax - (21) 2598-2863

APÊNDICE VI – RECOMENDAÇÕES ELABORADAS A PARTIR DA PESQUISA

Frente às evidências produzidas a partir da pesquisa, foi possível a elaboração de algumas recomendações para gestão local da saúde com vista a assegurar aos usuários o acesso aos diferentes níveis e aos serviços assistenciais que estruturam o sistema de saúde local e regional, sendo:

- Estabelecer protocolos de atenção que otimizem: i. a marcação de consultas e utilização de serviços especializados por parte dos municípios de modo a adequar a função de *gatekeeper* dos médicos da ESF; ii. o fluxo de contra-referência da atenção especializada para as equipes de Saúde da Família disponíveis em cada área de adscrição;

- Fortalecer a atenção à saúde bucal no âmbito da ESF com a aquisição de insumos e equipamentos necessários, além de sua manutenção sistemática;

- Aproximar os serviços de pronto-atendimento disponíveis no município (SAMU e Policlínica) ao trabalho desenvolvido nas UFS, de modo a afinar ações e mecanismos que ampliem e qualifiquem o atendimento de demanda espontânea pelas equipes de Saúde da Família;

- Manter protocolos assistenciais municipais vigentes em consonância à Política Nacional de Atenção Básica, de modo a ampliar o escopo de ações de APS, especialmente no âmbito da saúde da mulher e criança, e a atuação da equipe multiprofissional, além de respaldar as intervenções já realizadas por profissionais não-médicos atuantes cotidianamente nas equipes de Saúde da Família, como os enfermeiros (o que inclui a solicitação de exames, a realização de consultas, a prescrição de medicamentos da farmácia básica, o fortalecimento de sistemas de informação, etc.);

- Ampliar a adesão do município às estratégias e programas ministeriais voltados a favorecer a fixação de médicos de família em localidades no interior;

- Realizar oficinas de sensibilização com temáticas ligadas ao acolhimento e à humanização da assistência de modo a envolver trabalhadores que atuam na ESF e na Policlínica;

- Avaliar junto aos trabalhadores que realizam prescrição medicamentosa e aos usuários das USF, a adequação da lista básica e do fluxo de abastecimento de

medicamentos disponíveis às unidades, além de aprimorar as estratégias para aquisição de outros fármacos de uso contínuo por parte de usuários adscritos às USF;

- Possibilitar a utilização de terapias não farmacológicas para o cuidado e promoção da saúde, além de práticas integrativas e complementares que valorizem o potencial ambiental local, a *expertise* das organizações não-governamentais (como o Projeto Mico Leão-Dourado) e governamentais (como o INEA), além do conhecimento popular legitimado socialmente pela população local;

- Atuar de forma mais efetiva nos problemas ligados à saúde do trabalhador evidentes neste cenário: verificar sua magnitude, denunciar as falhas aos órgãos competentes e propor intervenções para tais agravos por meio de uma atuação intersetorial;

- Promover debates sistemáticos sobre a rede local de saúde com representantes do poder legislativo e executivo local, da gestão de diferentes secretarias, dos trabalhadores da ponta dos serviços e da comunidade local, por meio da prestação de contas públicas das ações desenvolvidas pelo setor. Tudo isso com vista a qualificar o planejamento de ações e favorecer a intersetorialidade;

- Desenvolver uma proposta de reorganização da assistência obstétrica e neonatal disponível aos usuários da rede de saúde de Silva Jardim junto ao Colegiado Gestor Regional (CIR) e Comissão Integrestora Bipartite (CIB) com vista a assegurar o fluxo de referenciamento de usuários;

- Promover um debate com ampla participação dos diferentes segmentos sociais e de instâncias de representação social sobre os problemas ligados ao agendamento e ao encaminhamento de usuários da Saúde da Família para os serviços disponíveis em outras localidades que compõem a rede regionalizada e integrada de atenção à saúde. A partir de então, elencar prioridades de ação a curto e médio prazo para a reformulação dos fluxos de referência e contra-referência no sentido de desenvolver uma gestão participativa e compartilhada.

Os resultados da pesquisa impulsionaram ainda a elaboração de recomendações para a produção de políticas de proteção social com foco na inclusão, coesão social e equidade em saúde, como:

- Fortalecimento dos programas complementares ao PBF para ampliação das oportunidades de trabalho/emprego;

- Associação do PBF a políticas estruturais de geração de empregos, educação e requalificação profissional, especialmente as orientadas a jovens e adultos;

- Incluir a proteção ao meio ambiente e a preservação de recursos naturais disponíveis em âmbito local, como elementos potencializadores para geração de emprego e renda para a comunidade;

- Ampliar estratégias de desenvolvimento econômico que privilegiem formas cooperativas de trabalho com vistas a fortalecer os vínculos comunitários e associativos, além da identidade cultural da comunidade com o território;

- Manter a titularidade preferencialmente feminina do PBF;

- Assegurar o acesso de crianças às creches e à educação pré-escolar, especialmente para as famílias de baixa renda, com limitados suportes sociais e fragilidades nas redes de proteção;

- Desenvolver políticas universais e de qualidade de proteção social para que a busca por estes serviços no mercado de consumo não determine *status* diferenciado aos indivíduos e grupos, ou favoreça a estratificação social segundo determinantes econômicos;

- Desenvolver estratégias de geração de empregos que possibilitem, especialmente às famílias pobres, utilizar a capacidade produtiva de seus integrantes por meio do trabalho protegido, sem riscos ou danos à saúde individual ou coletiva, e ampliar por esta via o poder aquisitivo da família, conduzindo, portanto, à melhoria de suas condições de vida;

- Fomentar canais de comunicação da instância gestora local do PBF com os usuários que assegurem a participação e controle social da população;

- Reconfigurar a oferta de programas de combate à pobreza como direitos sociais assegurados à população em situação de vulnerabilidade social, eliminando assim, o risco de suspensões dos recursos ou desligamentos considerados injustos e que aprofundam a precariedade material dessas famílias.

- Aprimorar mecanismos de gestão institucional capazes de avaliar e fortalecer a intersetorialidade de ações no âmbito das políticas públicas. Sobre tal aspecto, seria promissor que as contrapartidas do PBF migrassem de uma exigência orientada aos beneficiários – muitas vezes punidos injustamente por não lhes serem asseguradas as condições mínimas para seu cumprimento, para uma meta articulada ao alcance de indicadores traçados no âmbito dos serviços. Ou ainda, que as condicionalidades do

PBF fossem repensadas como fatores indutores para o cumprimento de ações por parte do poder público em âmbito local, regional, estadual e nacional, muitas delas já plasmadas legalmente mas ainda não operacionalizadas, ao envolver temas como: vinculação de recursos financeiros e gastos obrigatórios em áreas prioritárias; aos objetivos almejados por outros programas ministeriais como Programa de Saúde do Escolar (PSE); o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); A Programação Pactada e Integrada da Saúde, etc. Enfim, reorientar a exigência de condicionalidades no sentido de desonerar as famílias que já sofrem por sua vulnerabilidade social e econômica. Ao invés disso, colocar no centro da ação o próprio poder público, na figura de executor do pacto de proteção social firmado pelo Estado e a ser garantido a todos os cidadãos.